Dr. Kisszékelyi Ödön

KÁBULAT MINDEN ÁRON?

Zrínyi Katonai Kiadó

DR. KISSZÉKELYI ÖDÖN

KÁBULAT MINDEN ÁRON?

BELSŐ HASZNÁLATRA

Ez a könyv
csak a Magyar Néphadseregben (fegyveres testületekben) terjeszthető.
A vásárló köteles gondoskodni arról, hogy a könyv illetéktelenek kezébe ne kerüljön.

DR. KISSZÉKELYI ÖDÖN

KÁBULAT MINDEN ÁRON?

MUNKÁSÖRSÉG
XIII. [illegible] PÁRTBIZOTTSÁGA
[illegible]
1139

ZRÍNYI KATONAI KIADÓ
BUDAPEST, 1982

Szaklektorok:

DR. MAGYAR ISTVÁN
MOLNÁR KÁROLY

© Dr. Kisszékelyi Ödön, 1982

Három ember éjjel egy város bezárt kapujához érkezik. Az egyik alkohol, a másik ópium, a harmadik hasis hatása alatt áll. Az alkoholista dühösen felkiált: „miért nem törjük be a kaput, kardunkkal meg tudnánk oldani". Az ópiumszívó azt mondja: „ó nem, nyugodtan kint maradhatunk, majd bemegyünk reggel, amikor a kaput kinyitják". A hasis hatása alatt állónak más volt a véleménye: „feleslegesen fecsegünk, minden további nélkül megtehetjük, hogy bebújunk a kulcslyukon".

(Perzsa anekdota)

ELŐSZÓ

A toxikománia[1] kérdésével foglalkozó kötet elsősorban az ismeretterjesztést, a védelem szervezését tűzte ki célul, mégpedig egy olyan problémakörben, amely látszólag az egészségügyi intézmények és a bűnüldöző szervek megoldandó feladatai közé tartozik. Holott megbirkózni vele csak az egész társadalom képes.

A kötet a tudományos szakírás és az ismeretterjesztés eszközeit egybekapcsolva, minden törekvése ellenére sem tud a toxikománia valamennyi területével részletesen foglalkozni. Hiszen a kábítószer-élvezet, az alkoholizmus kérdésében sok különböző — egyes esetekben téves vagy tisztázatlan — nézet alakult ki és így megítélése az orvostudomány, a pszichológia, a szociológia és a kriminológia legvitatottabb kérdései közé tartozik. Jellemző viszont az is, hogy a közvélemény érdeklődése évről évre fokozódik. Utóbbit talán magyarázza az a körülmény, hogy a különböző tömegkommunikációs eszközök (tv, rádió, sajtó stb.), a szépirodalmi alkotások, filmek eljuttatnak hozzánk olyan — elsősorban nyugatról származó — információkat, amelyek ismeretlenségük miatt újszerűen hatnak. Ugyanakkor helyes értelmezésük, értékelésük a közvélemény számára nem biztosított, mivel hiányoznak a hazai ismeretterjesztő és felvilágosító művek. A felvilágosítás hiányában pedig a beáramló információk téves következtetésekre, elképzelésekre vezethetik a hozzá nem értő laikusokat, sőt még olyan szakterületek képviselőit is (orvosok, pedagógusok, ifjúsági vezetők, fegyveres testületek hivatásos állománya stb.), akik

gyakorlati munkájuk végzése során nem nélkülözhetik ezeket az ismereteket.

Kábulat minden áron?, veti fel a kérdést már a kötet címében dr. Kisszékelyi Ödön, a kitűnő pszichiáter. Milyen célok motiválják ezeket a narkotikum utáni vágyakat, és milyen szerekkel érhetők el az ilyen állapotok? Elsősorban kábítószerekkel és alkohollal! E két veszélyes és mind a társadalomra, mind az egyénre rendkívül káros élvezeti szerrel kapcsolatos területet öleli fel, a tudományos alapossággal, de közérthető nyelven megírt könyv.

Tévedés lenne azt hinnünk, hogy a toxikománia csak egyes korok, népek, társadalmi osztályok vagy rétegek, netán a modern civilizáció jellegzetessége.

A napjainkban már jelentősen csökkent számú gyarmatok lakói, vagy a felszabadult, de jelenleg is nehéz körülmények között élő tömegek ugyanúgy használják — nagy mennyiségben — a kábítószert, mint a fejlett tőkés országok kiegyensúlyozatlan vagy unatkozó tagjai. Sajnálatos, hogy az utóbbi években egyre több fiatal fordul a kábítószerek nyújtotta élvezet felé. A nyugati hatás következtében a kábítószer-visszaélés már a szocialista országokban is megtalálható.

Azért kell tárgyilagosan, az objektív tényeket feltárva foglalkozni a toxikománia társadalmi, egészségügyi, szociológiai kérdéseivel, hogy az okok feltárásával, ezek ismeretében tehessünk olyan intézkedéseket, amelyek — a visszaélés megakadályozása mellett — más, helyes irányba terelnék a felnőttek és az ifjúság érdeklődését, tevékenységét.

A kábítószer-kérdés egyik jellemzője, hogy az évezredekkel ezelőtt használt növények hatóanyagát, a legtöbb esetben, ma szintetikus úton — gyógyszergyárakban, illegális laboratóriumokban — állítják elő. E szintetikus készítmények használata mellett azonban ma is előfordul egyes helyeken a növények közvetlen fogyasztása (rágása) is.

Az ember folyamatosan kapcsolatban és kölcsönhatásban áll az őt körülvevő természeti és társadalmi környezettel. E közvetlen vagy közvetett hatásmechanizmuson kívül szinte a fejlődés minden történelmi fázisában keres-

te annak lehetőségét, hogy tudatát az értelem és a realitás világán „túl" kiterjessze. Így minden történelmi, társadalmi kultúrkörnyezetnek megvolt a maga kábítószere. Biológiai és antropológiai szempontból lényegtelen, hogy a középkori keresztények misztikus élményeiről, a sámán szellemekkel folytatott vizionális beszélgetéseiről, illetve a mai fiatalok ragasztóanyag „szipuzásáról", Parkan tabletta szedéséről van-e szó. Sokkal inkább döntő az, hogy az ember azt hiszi, hogy ilyen állapotok alkalmával kilép a valóságos térből és időből, létezésének megszokott összefüggéseiből. Találóan nevezik ezt az állapotot *extázis*nak, mivel az extázis kifejezés megközelítően „magából kilépett"-et jelent.

A kötet érdekes, izgalmas következtetéseket von le a toxikomániával — kábítószer-élvezet, alkoholizmus — kapcsolatban, amelyet összetett sajátosságai miatt, csak az adott időben és az adott történelmi, társadalmi viszonyok figyelembevételével szabad vizsgálni.

Napjainkban egyre több olyan narkotikumot ismerünk, melynek az élvezetét, fogyasztását a társadalom korlátozza, vagy hatóságai útján ezek árusítását, használatát meg is tiltja.

A társadalmi viszonyok, a beilleszkedés, egészségügyi ellátás döntően befolyásolják ezt a kérdést. A gyógyszerekkel, élvezeti szerekkel történő visszaélés könnyebben alakul ki olyan egyéneknél, akiknél már korábban valamilyen kóros lelki, pszichikai elváltozás fennállt. Ezek az egyének bizonyos gyógyszerek szedését, terápiás hatását már szubjektíven is kellemesen élik, ítélik meg. Ezért fontos gyógyszeres kezelés esetén az előírt mennyiség betartása, mivel a terápiai szükségleten felül szedett gyógyszer nem csak káros, hanem függőséghez vezethet.

Érdekes, hogy mennyire másként ítéli meg a társadalom az egyes élvezeti cikkek fogyasztását, illetve károsító hatását. Mennyire más a mérték, amikor egy szenvedélyes dohányos hal meg tüdőrákban, mint amikor egy kábítószeres, vagy egy alkoholista májgyulladásban. Pedig a rizikófaktorok közel állnak egymáshoz, a társadalmi elfogadhatóságban mégis milyen nagy a különbség.

A kötetben az alapfogalmak ismertetése után a toxikománia kialakulásáról és a jelenlegi helyzetéről kapunk átfogó képet. Talán érdemes megjegyezni, hogy ezek az információk, statisztikák néhol pontatlanok, ami nem a szerző hibája. Egyrészt azzal magyarázható, hogy a toxikománia egyes vonatkozásainak megítélése a nemzetközi és hazai gyakorlatban nem egységes. Másrészt a statisztikai kimutatásokban a rendszeres kábítószer-élvezők mellett szerepelnek azok is, akik esetleg egy-két esetben próbáltak ki valamilyen kábítószert, azonban egyéb károsodás miatt kórházba kerültek és ott nyilvántartásba vették őket, vagy kérdőíves felmérés során — személytelenül — elismerték próbálkozásukat. Zavarólag hat az a körülmény is, hogy az ellenőrzött kábítószerek mellett egyre több forgalomba kerülő gyógyszer és egyéb anyag is felhasználható kábítószerként, valamint, hogy az egyes országokban alkalmazott kábítószereknél csaknem minden esetben hiányoznak a koncentrációra vonatkozó adatok.

Az ismertetett adatok birtokában sajnálatosan tudomásul kell vennünk, hogy hazánkban is terjed a kábító hatású anyagokkal való visszaélés. Egyelőre lényeges különbség a nyugati országokkal szemben, hogy nálunk még viszonylag nehezen szerezhetők be az igazi „kemény" kábítószerek. Kérdés azonban, hogy a szerves oldószerek, melyek súlyos mérgező hatással rendelkeznek — halált is okozhatnak —, nem tekintendők-e ugyanolyan veszélyes méregnek? A „valódi" kábítószerek szedésével kapcsolatos szórványos esetek, valamint a különböző „pótszerekkel" végzett narkotikus állapotok ismerete azt bizonyítja, hogy fiatalságunkban — pontosabban egyes rétegeinél — él a kábítószer iránti érdeklődés.

A már kialakult *drogfüggőség* rendkívül súlyos állapot, s azokban az államokban, ahol szélesebb körben elterjedt, a megszüntetésére tett kísérletek sem jártak mindig sikerrel. Azonban ezeknél a nyugati, egyes ázsiai, afrikai országoknál több vonatkozásban is előnyösebb helyzetben vagyunk. Jelenleg sem az „igazi" kábítószerek, sem a „pótszerek" fogyasztásának kérdései nem jelentenek a fiatalság vagy a más társadalmi rétegeknél komoly veszélyt.

Ezenfelül olyan társadalmi rendszerben élünk, amely lehetővé teszi a még csak kibontakozó veszély felszámolását. Ehhez azonban ismernünk kell az adott helyzetet, a veszélyeztetett gócokat. Kötelességünk, hogy már most megkezdjük a felszámoló tevékenységet, s ne csak akkor kapkodjunk, vagy töprengjünk a megoldás lehetőségeit kutatva, amikor már nálunk is csak tízezres nagyságrendben lesz kifejezhető a toxikomások száma.

Ugyanakkor tudomásul kell venni, hogy hazánkban az alkohol a legtömegesebben ható kábítószer, ezért az *alkoholizmus* jelenti a legnagyobb társadalmi problémát. Ennek a kérdésnek az elemzésére dr. Kisszékelyi Ödön külön fejezetet szentel, amelynek lényegéhez tartozik, hogy Magyarország az alkoholfogyasztás nemzetközi összehasonlításában igen „tekintélyes" helyet foglal el.

Az alkoholizmus társadalmi méretű súlyosságára jellemző, hogy az MSZMP Politikai Bizottsága 1960-ban határozatban foglalkozott a kérdéssel. „A túlzott alkoholfogyasztás és a részegeskedés társadalmi, erkölcsi, népgazdasági és politikai probléma, amely a szocialista erkölccsel összeegyeztethetetlen, a társadalomra nézve káros."

Az alkoholizmus és a kábítószer-fogyasztás esetén a feladat szinte azonos, az eljárásokban nincs lényeges különbség. Pszichikailag, fizikailag nem az a döntő, hogy nagy mennyiségben szeszes italt fogyaszt, vagy Parkant szed valaki, hanem sokkal inkább az a pszichés — sokszor hallucinációkkal, tudatvesztéssel járó — állapot, amelybe az egyének, egyes esetekben csoportba verődött fiatalok kerülnek. Először csak kíváncsiságból, társaik, barátaik utánzására kerülnek a fogyasztók kapcsolatba valamilyen narkotikummal, és esetleg később már minden konfliktus, nehézség megoldására attól várják a „segítséget". Ilyen esetben már csak a kórházi kezelés jelent megoldást, de sok esetben annak eredményei is bizonytalanok.

Joggal vetődhet fel olvasóinkban, miért kell e kérdéssel foglalkozni a néphadseregen belül?

Szocialista típusú hadseregünk feladatainak maradéktalan ellátásához nélkülözhetetlen a rendelkezésre álló személyi állomány minősége. Csak szilárd erkölcsi, politikai

állapotú, fegyelmezett, eszmeileg pszichikailag, fizikailag edzett katonákkal lehet a korszerű haditechnika, a bonyolult fegyverrendszerek és az állandó harckészültség, harcképesség fokozott követelményeinek eleget tenni.

Napjaink rövidített sorkatonai szolgálati idejét és a hathónaponkénti bevonultatási rendszert figyelembe véve szinte elkerülhetetlen, hogy ne kerüljenek a hadsereg kötelékébe a társadalmi magatartási normáktól eltérő viselkedésű, életvitelű fiatalok is. Egy-két kábítószer-élvezőtől eltekintve a néphadsereg és a határőrség számára az jelenti a legnagyobb problémát, hogy a sorkatonák egy — bár kisebb hányada — már *iszákosként, idült alkoholistaként* kerül be állományába. Olvasóink számára talán indokolatlan felsorolni azokat a rendkívül súlyos gondokat, eseteket, amelyeket ittas katonák okoztak magatartásukkal, fegyelmezetlen, durva viselkedésükkel, bomlasztó szerepükkel.

Talán az sem mellékes — mint arra a szerző is rávilágít —, hogy a fegyveres testületek köteléke az az utolsó lehetőség, ahol tudatosan nevelni, a kiképzés, oktatás során új ismeretekkel befolyásolni lehet a fiatalokat. És ennek a felvilágosító, nevelő munkának egyik alapvető feltétele, hogy maga a kiképzést, oktatást végző tiszt, pedagógus legyen tisztában a társadalom olyan aktuális kérdéseivel is, mint a *toxikománia* és annak különböző területei.

A toxikománia kérdésének időszerűségét bizonyítja ezenkívül az is, hogy a hadsereg felsőbb szervei és szakemberei részt vesznek „A társadalmi beilleszkedési zavarok (alkoholizmus, bűnözés, öngyilkosság stb.) komplex vizsgálata" című több minisztériumot érintő 5 éves tárcaközi kutatási munkában, továbbá nemrég került az MN Egészségügyi Szolgálati Főnökségen kidolgozásra a toxikománia felderítését, megelőzését és kezelését tartalmazó munkaprogram is. (Ebbe a felvilágosító, megelőző folyamatba illeszkedik többek között e kötet.)

Napjainkban a tudományos-technikai forradalom korát éljük. A manuális tevékenységet a számítógépek veszik át, a fizikai munkát egyre inkább a szellemi munka váltja fel. Mindez együtt jár az egyén személyiségének sokoldalú kibontakozásával. Az egyén személyisége olyan társadalmi

fejlődési viszonyok közt létrejött termék, amely az ember biológiai, fiziológiai szervezete, pszichikai képessége alapján alakul ki. A kialakulástól és fejlődéstől elválaszthatatlan a környezet (család, barátok, katonai közösség, társadalom stb.) hatása, az öröklésen túl az utánzás, tanulás folyamata. A fejlődési sor sohasem egyenes irányú, hanem kitérőkkel, megtorpanásokkal, problémákkal telt folyamat.

A kötet nem a néphadsereg katonáiról, hanem a társadalomban fellelhető egyedi esetekről szól, ugyanakkor az ismertetett példák azt tükrözik, hogy aggodalmunk nem alaptalan, bár a veszély szerepét nem túlozhatjuk el. A többnyire objektív adatokkal igazolt személyiségtorzulások bizonyítják a felvetés jogosságát, valamint szolgálják azt a célt, hogy a megszerzett ismeretanyag elvezessen bennünket a továbbgondolás, a lehetséges megoldások keresésének útjára.

Pusztay Sándor

I. Fejezet

A KÁBÍTÓSZER TÖRTÉNETE

Az évezredek óta ismert és alkalmazott kábító hatású anyagok, szerek rendkívül érdekes módon terjedtek el lelőhelyükről. Terjedésük útvonalát különböző történelmi, gazdasági, szociokulturális körülmények befolyásolták. A biokémia fejlődésével párhuzamosan csaknem minden növény hatóanyagát azonosították, majd szintetikusan elő is állították. A kábítószerként használt „modern" kémiai anyagokról viszont kimutatták, hogy — alig különböző formában — növényekben is megtalálhatók.

Mintegy hatvan növényfajtát használtak, illetve használnak kábítószerként a világ különböző területein. A használatos növények vagy drogok népek, kultúrák és földrajzi területenként különbözőek.

Az ópium és a hasis tengereken és világrészeken keresztül folytatott kereskedelme ismert. A civilizálatlan népeknél használt anyagokat is több száz, sőt több ezer kilométer távolságra szállítják. (Észak-Mexikóban a Sierra Madre egyes indián törzsei évente egyszer tartott ünnepségeikre „szent kaktuszt" szállítanak a lakóhelyüktől 1000 km-re levő tengerpartra.)

A drogként felhasznált talán legrégebbi kábítószer az ún. Indo-Arier, melynek használata az i. e. évezredben az Indus völgyében volt gyakori, és valószínűleg a *légyölő galócából* (hatóanyaga: Muscimol) állították elő. A nyelvészeti kutatásokkal valószínűsített *„szent folyadékot"* friss növényből, kövek között préselték, melynek nevét a papok titkolták.

Az elmúlt évtizedekben a légyölő galóca élvezetét a nyugat-szibériai népek sámánjainál is észlelték. Az itteni ugor törzseknek kapcsolatai vannak az azonos nyelvtörzshöz tartozó finnugor törzsekkel. Nem olyan régen a finn-lappoknál még használták a légyölő galócát. Kamcsatkában ma is él egy gombát fogyasztó nép. Feltehető, hogy ez a két gombaevő néptörzs Nyugat- és Kelet-Szibériában korábban szomszédos volt.

A pszichikai és fizikai függőséget okozó gyógyszerek között az ópium a legismertebb. Az *ópium* élvezetét már *Homérosz* megénekelte, melyet *Paracelsus laudánumnak*[2] nevezett. A többi droggal ellentétben kultikus célokra általában nem használták. Kisázsia, Egyiptom, illetve Görögország területéről terjedt el, és a VIII. században arabok juttatták el Perzsián át Indiába és Kínába. Az útvonal mentén nagy lelőhelyek alakultak ki Törökországban, Afganisztánban, Pakisztánban és Kelet-Ázsiában. Számos hatóanyaga közül legismertebb a *morfium.*

Toxikománok egyébként már akkor is voltak, amikor a visszaélés fogalmát még nem határozták meg. Az első ismert toxikománia az *alkoholizmus* volt. Ennek analógiájaként vezették be 1836-ban az ópiumszenvedély meghatározását. 1860-ban egy francia szakkönyvben írtak az ópiumról és néhány származékáról. Később foglalkoztak a mérgezés kérdésével és az azzal összefüggő igazságügyi orvosi problémákkal. Még ekkor sem beszéltek azonban az idült visszaélésről. Bár a XVI. században észlelték és le is írták, de csak Törökországot és a még keletebbre fekvő területeket említették. A törökökről tudták, hogy porrá tört formában fogyasztják az ópiumot, és ismerték a hatására létrejövő végállapotot is. A tartós és súlyos ópiumfogyasztás eredményeként „eltompulnak és csaknem zavartak lesznek..., környezetüktől elvonulnak". (Haller szerint.) A közvélemény úgy tudta, hogy egy-egy török számára a halált jelenti, ha a megszokott ópiumot hirtelen megvonják tőle.

Az ópium példája közérthetővé teszi azt a tényt, hogy egy-egy gyógyszer terápiás felhasználása akaratlanul is visszaéléshez és függőséghez vezethet.

Haller élete utolsó évében súlyos vizelési zavarokban szenvedett. Munkatársai vesemedence- és hólyaghurutot állapítottak meg. Végül ópiumbeöntéseket adott magának, amelyek hatását „csodálatosnak" érezte. Kezdetben csak kivételesen alkalmazta ezt az „isteni gyógyszert", később, amikor panaszai fokozódtak, rendszeresen, legalább másodnaponként. Később a kívánt hatás elérésére emelnie kellett a dózist. Végül pszichikai függőség alakult ki. Ópiummentes napokon bágyadtnak, bosszúsnak, elégedetlennek, kedvetlennek érezte magát. Minden szellemi vagy testi munkára képtelen volt. Az ópiumtól visszanyerte hangulatát, és nagyobb munkakedvet érzett, mint fiatal korában.

Egyébként az angol orvosi gyakorlatban általános volt, hogy nem értékelték megfelelően az ópium veszélyeit. Amikor *Thomas Sydenhamm*[3] bevezette az Ópium Tinktúrát, ez lett az „igazi" fájdalomcsillapító. Még a XIX. sz. elején is három alapvető gyógymódot ismertek el, melyek alkalmasak voltak az élet megmentésére: érvágás, hánytatás, ópium.

A gyógyszerként való felhasználás mellett terjedt el Angliában az ópium kábítószerként való használata is.

Az ismert író, *Thomas de Ouince* (1785—1859) lelkesen magasztalta és népszerűsítette az ópiumot. Véleménye szerint nem a fájdalmak csillapítására szükséges, hanem a nyomorúság, kétségbeesés leküzdésére. Anyja egyedül nevelte, 17 éves korában abbahagyta tanulmányait, pénz nélkül élt Londonban. Néhány évvel később, amikor ismét rendezett körülmények közé került, és három hétig fogfájásban szenvedett, ismerőse tanácsára vett be Ópium Tinktúrát. Egy óra alatt minden fájdalma megszűnt és „isteni mélység bájolta el". Ezt követően rendszeresen szedett ópiumot, s az évek során elérte a napi 8000 cseppnyi mennyiséget, de előfordult, hogy egy napon 12 000 cseppet is bevett (hozzávetőleg 19 gramm ópium vagy két gramm morfium). Érdekes, hogy mindig meg tudta szerezni a szükséges mennyiséget. Végül absztinens időszakok és visszaesések után napi 150 cseppel tartósan egyensúlyban tartotta állapotát. Elvonókúrák alkalmával, melyeket maga végzett, hallucinációi voltak: ijesz-

tő dolgokat, rémeket álmodott. Kisebbségi érzései voltak, de általában az jellemezte ezt az állapotot, hogy mérhetetlenül kitágult előtte a tér és az idő. Azt is elmondta, hogy egy-egy éjjel száz évet élt át, s ezt az állapotot elviselhetetlennek tartotta. Emiatt félt az alvástól, ugyanakkor az ópiumfüggőség miatt úgy érezte, csak akkor tud téves eszmék nélkül élni, ha tovább szedi az ópiumot.

Az ópiumról írva említeni kell az orvos, illetve általánosságban a tudomány felelősségét. Az ópiummal való visszaélés, az ópium gyógyszerként való alkalmazását követően alakult ki szélesebb körökben. Különösen veszélyt jelentett a morfium (1804), majd 1859-ben a kokain előállítása. Az 1850-es és 1860-as években, az akkori háborúk során fedezték fel a *subcután* (bőr alá fecskendezett) injekciót, mely nagyon fontos technikai újítást jelentett, mivel lehetővé tette, hogy a gyógyszerek gyorsan és tisztán hassanak. Az ezekben az években folyó amerikai és európai háborúkban a morfiuminjekció végtelen sok fájdalmat szüntetett meg, de egyidejűleg terjesztette a morfinizmust is.

Döntő szerepet játszottak az orvosok a kokainnal való visszaélés elterjedésében is. Ismeretes, hogy milyen buzgalommal ajánlotta a fiatal *Freud*[4] menyasszonyának e szert, melynek euforizáló[5] hatását magán bizonyította. Egy ideig a kokaint éppen a morfinizmus elleni gyógyszerként használták, így sok morfinistát tettek kokainistává. Az orvos természetes törekvéséről van itt szó, amikor gyakorlatában új, gyógyszertanilag hatékonyabb anyagot kíván alkalmazni. Fenti példák bizonyítják azonban, hogy a jóakarat egymagában kevés.

Az egész világon elterjedt drog a *hasis* és a *marihuana*. A hasis az indiai kender (Cannabis sativa) mézszínű gyantája, míg a marihuána a kender felaprított leveleinek őrleménye. Őshazája Közép-Ázsia és a Himalája vidéke, Afganisztán, Irán, Törökország, Görögország, az ún. Magrebállamok (Marokkó, Algéria, Tunisz), Dél- és Délkelet-Afrika. Illegálisan termelik Mexikóban és az USA déli államaiban is, rendszerint a kukoricaültetvények között. Hatóanyaga a biológiailag aktív tetrahydrocannabiol *(THC)*

csak szubtropikus és trópikus feltételek mellett található komolyabb mennyiségben a növényben.

A kábítószerek egy része olyan hallucinogén[6] anyagokat tartalmaz, amelyek kémiailag közel állnak az agyi enzimekhez, a dopaminhoz és a noradrenalinhoz. Ilyen a *Kath* (Catha edulis) friss levele, mely Abesszínia és Jemen fennsíkjain terem. A koffeinre emlékeztető hatása van, használata a kávénál azonban régebbi. Kellemesen serkentő hatása mellett kétségtelen, hogy hallucinogén hatása is van, melyet már 1332-ben leírtak. Elsősorban Ázsiában és Afrikában terjedt el, ahol a nap forró óráiban használták izgatószerként. Népszerű volt nehéz fizikai munkát végzőknél és katonáknál. Korabeli írásokban olvasható, hogy gazdagok és szegények egyformán fogyasztották izgató hatása miatt. Tárolása közben részben hatástalanná válik, ezért távoli szállításra nem alkalmas. A Kath ma is komoly problémát jelent Afrikában.

Kémiailag rokon vegyületek a szintetikus *amfetamin* és az amfetaminszerű anyagok: *Benzedrin, Methedrin, Phenmetrazin.* Amfetamin hatású a *Dexedrin* is, amelyet először 1887-ben állítottak elő, de csak 1935-ben jelentek meg az első közlemények fogyasztásának veszélyeiről, illetve mérgező hatásáról. Japánban 1945-ben már szociális problémaként említik.

Ebbe a csoportba tartozik még egy Mexikóban használatos drog, melynek kultusza bizonyos módosulással ma is megtalálható csaknem minden indián törzsnél. E kaktuszfajta hatóanyaga a *mescalin,* melyet az indiánok az „isteni" *Peyotl*nak neveznek. Vannak indián törzsek, melyeknél a Peyotlnak ma is nagy szociokulturális hatása van. A Mescalero-Apachok és a Comancho-indiánok az ún. Peyotl vonulások során kaktuszból vágott szeleteket visznek az észak-amerikai sztyeppékre. A keresztény „Észak-amerikai Természetes Templom" nevű szekta tagjai vallásos ünnepeiken használják. E közösségnek ma is több mint kétszázötvenezer hívője van. A mescalint további anyagok sora követi, melyek az USA-ban az utóbbi években jelentősen elterjedtek, de melyek helyenként Európában is előfordulnak. Ilyen a *Dom,* melyet „jobb" hippi kö-

rökben hatáserőssége miatt *STP*-nek (scientific treated petroleum) neveznek.

Nem tudjuk biztosan, hogy a szerecsendió *(Myristica fragrans)* gyümölcsének kábítószerként való használata honnan terjedt el. A *Muskatnuss* az utóbbi években jelent meg, kezdetben észrevétlenül amerikai börtönökben mint más, el nem érhető drogok pótszere. Az óindiai Ayovedában található Muskatot „részegítő gyümölcsnek" nevezték. Bizonytalan utalások szerint Indonéziában és talán Egyiptomban is a hasist követő drogként használják. Nem tisztázott azonban, hogy hogyan jutnak hozzá az amerikai börtönök foglyai. Ennek a gyümölcsnek az élvezete nem teljesen veszélytelen, mivel a kábító hatás mellett súlyos mérgezéses tünetek is felléphetnek. Említésre méltó, hogy a Muskatnuss hatóanyagából, a Miristicynből az emberi szervezetben olyan anyag képződik, amely a mescalinhoz és a Domhoz kémiailag hasonló.

Vannak olyan szerek, melyek kémiailag közel állnak a szerotoninhoz. A földközi-tengeri és közép-ázsiai, valamint az indiai muzulmánok e hatóanyagokat *Harminnak* és *Harmalinnak* nevezik. Hasonló, pszichésen aktív hatóanyagok találhatók a Columbia, Equador, Peru és Bolívia mocsaras erdeiben termő liánokban is. Az ún. „gyógyemberek" vallásos szertartásaikban felhasználták a szigorú rítussal készített kivonatot, hogy kábult állapotukban kapcsolatba lépjenek a szellemekkel. A Felső-Amazonas és az Oronoco indiánjai egyes dzsungelfák kérgének gyantáiból készült szippantó porokat használnak. A használat módja rendkívül érdekes: a szárított port egy csövön keresztül fújják egymás orrába, vagy saját maguk szippantják fel vékony hajlított csövek segítségével.

A mexikói kábítószerek között délen alkalmazzák a *Psilocybe mexicana* nevű gombát. Az „isten húsa" elnevezés is arra a tiszteletre utal, amellyel övezték. E kultusz eredetéről és módjáról nem sokat tudunk, mert a hieroglifák és pitográfiák mindeddig jórészt megfejtetlenek. Feltűnő azonban, hogy az i. e. XIII. századi képeken, rajzokon és faragásokon ember és isten mindig gombával együtt fordul elő. *Wasson*[7] és felesége találták meg a Psilocybe kak-

tuszt, melyet később Bázelben *Hoffmann*[8] analizált. Hatóanyaguk a Psilocyn és a Psilocybin.

Az azték idők egy további ősrégi kábítószere az *Ololiuqui* (Morning Glory), mely Mexikó központi fennsíkjain otthonos. A XVII. században spanyolok felhasználták eskütételnél és vallatásnál. Mágikus célra ma is alkalmazzák. Ugyancsak *Wasson* kutatta fel e növényt Mexikóban és ugyancsak *Hoffmann* analizálta. Hatóanyaga az ebben az időben már ismert LSD-hez nagyon hasonlónak bizonyult. Sajátosságai egyébként növénytanilag azért érdekesek, mert lizergsav alkaloidát korábban csak alacsonyabb rendű gombákból tudtak előállítani.

II. Fejezet

A TOXIKOMÁNIA ALAPFOGALMAI

A toxikománia (narkománia) társadalmi, erkölcsi, fegyelmi vagy egészségügyi problémakörének vizsgálatához nélkülözhetetlen a tudományos alapossággal feltárt alapfogalmak meghatározása. Az elmúlt évtizedekben egyetlen szakterületen sem állt fenn olyan alapvető vita az alapfogalmak megítélésében, mint a *kábítószer kérdésében.*

Tekintettel a kábítószer — egyénre és társadalomra nézve — rendkívül káros hatására, fokozottan óvakodni kell a kérdések hamis, téves felvetésétől, illetve az egyoldalú szemlélettől.

Még a szakirodalomban is találunk olyan elképzeléseket, melyek félrevezetően hatnak. Ilyen általánosító vélemény többek között, hogy „a hasis szabaddá, az alkohol agresszívvé tesz". A hasis és az alkohol is a dózistól és sok egyéb körülménytől függően fejti ki hatását. E körülményeket azonban mindig a hatásmechanizmussal együtt kell vizsgálni, és csak ezen ismeretek birtokában lehet bármilyen következtetéseket levonni.

1. TOXIKOMÁNIA (NARKOMÁNIA)

Az Egészségügyi Világszervezet *(WHO)* 1952-ben az alábbi meghatározást fogadta el: *„A narkománia periodikus vagy krónikus, az egyénre és a társadalomra ártalmas mérgezés,*

amelyet valamely (természetes vagy mesterséges) drog ismételt fogyasztása idéz elő. Jellegzetességei:

a) leküzdhetetlen óhaj vagy szükséglet a drog további fogyasztására és bármilyen eszközzel való megszerzésére,

b) az adag növelésének hajlama,

c) a drog hatásától való pszichikai és esetleg fizikai függőség."

A *narkománia* — vagy általánosan elfogadott elnevezése szerint a *toxikománia* — fenti meghatározása orvosi vonatkozásban helyes. Meg kell azonban említeni, hogy egy folyamat végső állapotát határozza meg, amikor a függőség már kialakult. A kábítószerekkel foglalkozó közlemények, különösen azok, melyek statisztikai adatokat is tartalmaznak, a toxikománok közé sorolnak mindenkit, aki — akárcsak egy esetben is — kipróbálta a kábítószert. Gyakorlati szempontból tehát helyesebb, ha a toxikománia fogalmát az utóbbi értelemben használjuk.

A drog: az angolszász nyelvhasználatban gyógyszert, kábítószert jelent. A *WHO* legutóbbi ajánlása szerint drognak tekintendő minden olyan anyag, amelynek bevétele a fogékony biológiai struktúrák ingerléséhez vezet. E definíció ismerete mellett sem lehetünk biztosak abban, hogy egyértelműen tisztáztuk a fogalmat. A drog nem azonos a kábítószerrel. *Mi jelenti azt a pluszt, ami a drogot kábítószerré teszi?* A kábítószer olyan belső szubjektív hatásokat vált ki, melyek elsősorban a hangulati állapotot változtatják meg, de vannak a központi idegrendszer működését megváltoztató egyéb hatásai is. A kábítószerek hatása izgató, vagy valóban kábító, melyeken belül euforizáló és esetleg hallucinációkat kiváltó is lehet.

Mi tehát a *kábítószer?*

A klasszikus gyógyszertani tankönyv[9] szerint kábítószer mindaz, ami „hatást gyakorol az élő sejtre". Ez a meghatározás túlságosan tág; ennek alapján a belélegzett levegőt, az elfogyasztott ételt is kábítószernek kellene tekinteni. Ha kielégítőbb meghatározást akarunk találni, akkor két körülményt kell figyelembe venni:

— A kábítószerek komplex biológiai, pszichológiai és társadalmi hatást gyakorolnak a magatartásra.
— E hármas jelleg tudomásulvétele mellett el kell ismernünk, hogy némi önkényesség van a meghatározásban. Ha következetesek lennénk, kábítószernek tekintenénk a kávét, teát és nikotint is, holott azok káros hatásaik ellenére hozzá tartoznak mindennapi életünkhöz éppúgy, mint az alkohol mértékletes fogyasztása.

Számos társadalmi és kulturális tényező felelős ezért az önkényességért. Valóban, ha mindezeket az élvezeti szereket csak most fedezték volna fel, és forgalomba hozásukat, fogyasztásukat az országonként illetékes szervek vagy valamilyen világszervezet jóváhagyása előzné meg, nem biztos, hogy engedélyeznék őket.

Figyelembe kell azonban azt is venni, hogy a drogok hatása a *dózistól*[10] is függ. A kis dózisok általában nyugtatnak, nagyobb mennyiségek izgató hatásúak, és csak az egészen nagy adagok kábító hatásúak.

A droggal való foglalkozás során utalni kell arra is, hogy a *rausch-élmény* (kábulat) a fogyasztás nem kizárólagos jellemzője. Az anyag tulajdonságai döntőek, de nem magyaráznak meg minden hatást. Szerepet játszik ugyan a drog szervezetben való eloszlási hajlama, azonban jelentősen befolyásolja a drog hatását az érintett személy pszichikai és fizikai állapota, befogadóképessége. Alapszabálynak kell azonban tekinteni az alábbi törvényszerűséget: *minél erősebb a drog, minél nagyobb a dózis, minél könnyebben és gyorsabban terjed el az anyag a szervezetben, annál kevésbé van jelentősége az egyén sajátos adottságainak.* Erős drogok esetében a személyiség és a körülmény jelentősége csökken, esetleg el is hanyagolható. Ezzel szemben: minél gyengébb hatású a drog, minél kisebb a dózis, minél lassabban oszlik el a szervezetben, annál inkább kerül előtérbe a személyiség, sajátos reagáló módjával és hajlamával.

A drog fogalmának tisztázásakor meg kell még említeni, hogy rendkívül nehéz a kábítószernek nevezett anyagok hatását előre megjósolni. Csaknem minden kábítószer első alkalmazásakor, kipróbálásakor olyan mellékhatások je-

lentkeznek (hányinger, szédülés, verejtékezés, szapora szívműködés stb.), mint amelyek az első cigaretta elszívására, az alkohollal való első ismerkedésre jellemzőek. Csak kivételesen fordul elő, hogy az első próbálkozás komolyabb mellékhatásokat nélkülöz, illetve eléri a várt hatást. A „rutinos" kábítószer-élvezők tisztában vannak ezzel, és *a kezdőknél jelentkező kellemetlen mellékhatások elviselését mintegy „alkalmassági próbának" tekintik.*

2. MEGSZOKÁS, VISSZAÉLÉS, FÜGGŐSÉG, SZENVEDÉLY

Megszokásról akkor beszélünk, ha valaki egy drogot tartósan szed, és a hatás fokozatosan csökken, a korábban hatásos dózisok a későbbiek során nem érik el a várt eredményt. Emellett azonban kifejezett dózisnövekedés, tolerancia-emelkedés, elvonási tünetegyüttes nem alakul ki.

Keresztezett megszokás az a jelenség, amikor valaki könnyen tér át valamely drogról egy másikra anélkül, hogy az új drog mennyiségét változtatnia kellene.

Elvonási tünetegyüttes alakul ki, ha a megszokott anyagot elhagyjuk vagy mennyiségét csökkentjük, illetve, ha valamilyen módszerrel hatását semlegesítjük. Az elvonási tünetegyüttes általában súlyos állapot (tárgyalására még visszatérünk).

A *visszaélés* fogalma nehezen definiálható. Jelen tanulmány csak a gyógyszerekkel, élvezeti szerekkel és kemikáliákkal való visszaéléssel foglalkozik. Nem hagyhatjuk azonban figyelmen kívül, hogy a visszaélés pszichiátriai szempontból tágabb fogalom. *Visszaélés* az is, ha valaki személyekkel, saját magával vagy bármilyen egyéb körülménnyel kapcsolatban követ el olyan cselekményt, ami nem tartozik a megszokott, normális emberi magatartás keretei közé. Nem tartozik a megítélés kritériumai közé, hogy a visszaélő tisztában legyen a visszaélés következményeivel.

A WHO állásfoglalása szerint *visszaélésnek* minősül min-

den drog egyszeri, többszöri vagy állandó használata, amennyiben orvosi javaslat nélkül, vagy túlzott adagolással történik. A visszaélést, mely fentiek szerint hibás felhasználást jelent, meg kell különböztetnünk a *szenvedélyesség* és a *szenvedély* fogalmától.

A szenvedély legfőbb jellemzői a pszichikai és fizikai függőség. A visszaélés következményei azonosak lehetnek a szenvedélyével, sőt bizonyos körülmények között még súlyosabbak is lehetnek. (Pl. az alkohollal való egyszeri visszaélés súlyos közlekedési balesetet okozhat.)

A pszichikai (lelki) függőség nehezen legyőzhető, a körülményeket figyelembe nem vevő, mértéktelen vágyat jelent, mely drogok periodikus vagy állandó bevételére irányul, minden rendelkezésre álló eszköz segítségével. Célja valamilyen kellemetlen érzés elkerülése, illetve a jó közérzet, kielégülés elérése.

A fizikai függőség definíciójához, fentieken kívül, hozzátartozik a testi (szomatikus) állapot károsodása és lelki torzulások kialakulása.

A drog elhagyásakor vagy megszokott mennyiségének csökkenése esetében elvonási tünetek lépnek fel. Ez súlyosabb állapot, mint a függőség.

A pszichikai, különösen a fizikai függőség nemcsak az egyént, hanem a társadalmat is súlyosan károsítja.

A drogfüggőség összefoglaló fogalom, a pszichikai és fizikai függőséget foglalja magában. A WHO 1964-ben vezette be ezt a fogalmat *(Drug-addiction),* és elválasztotta a megszokás (Drug-habituation) fogalmától. Olyan tudományos orvosi fogalomról van szó, mely elvonatkoztatott etikai, moralizáló, igazságügyi vagy egyéb vonatkozásoktól.

A drogfüggőség fogalmi meghatározása csak általánosságokat tartalmaz, ezért szükséges ismertetni azokat a drogokat vagy drogcsoportokat, melyek a függőség alapját képezik.

Jelenleg a WHO az alábbi függőséghez vezető drogtípusokat különbözteti meg:

— morfin típusú függőség,
— barbiturát típusú függőség,
— alkohol típusú függőség,

— cocain típusú függőség,
— amfetamin típusú függőség,
— cannabis típusú függőség,
— hallucinogén típusú függőség.

Laubenthal[11] 1964-ben az alábbiak szerint határozta meg a *szenvedélyesség* fogalmát — s egyben el is különítette a szenvedélytől —: „... a szenvedélyesség erős, gátlástalan, domináló vágy bizonyos értékek vagy látszatértékek elérésére, amely a személyiségből, a személyiségnek megfelelően, aktívan alakul ki, meghaladja a szokásos mértéket, emellett pusztítóan és önpusztítóan hat".

Olyan állapotról van tehát szó, mely mások törekvéseit nem veszi figyelembe. Az elfogadott törekvési célokat, a megszokott rend általános törvényszerűségeit figyelmen kívül hagyja. Ezeknek az embereknek a döntési képessége általában megtartott. Érdemes megjegyezni, hogy köznapi nyelvhasználatban a szenvedélyesség egészen más viszonyokat jelent, mint amelyek a drogokra vonatkoznak. Így a szenvedélyesség fogalomkörébe tartozik a piperkőcség, a túlzott féltékenység, a bosszúvágy, a sport túlzásba vitele, különösen a rekordok hajszolása, a játékdüh, a kórosan fokozott táplálkozás és az erőszakolt éhezés is.

A köznapi értelemben használt szenvedélyesség nem jelent legyőzhetetlen kényszert, ami a fizikai drogfüggőség esetében döntő kritérium. A szenvedélyesség fogalmának vizsgálatakor meg kell állapítani, hogy alapvetően különbözik a szenvedélytől.

A szenvedély biológiai és pszichológiai folyamatok eredménye, emberi magatartás megnyilvánulási formája, amely kizárólag neurofiziológiai és neurokémiai szempontból nem magyarázható. Az alábbiakban, amikor a szenvedély fogalmát részleteiben elemezzük, ismét érinteni kell a függőséget, az elvonási tünetegyüttes jellemzőit is.

Az egységes fogalmat a drogfüggőség *(dependencia)* kifejezés vezette be, melynél a drog olyan anyagot jelent, melynek fogyasztása a sejtek, szervek számára ingerlő hatású.

Korábban csupán különböző definíciókkal határozták meg a drogfüggőséget. A WHO 1964-ben az előnyösebb-

nek tűnő leíró módszert alkalmazta, amikor hét különböző anyagot sorolt fel, illetve anyagcsoportot alakított ki. Ez a módszer lehetővé tette, hogy új megfigyelések esetében a kábítószerek leírt típusait kiegészítsük, ami a tudományos és gyakorlati vonatkozásban egyaránt fontos szempont. A hét visszaélési típus narkomán anyagai között olyan anyagok szerepelnek, amelyek valamely individuumnál[12] függőséghez vezethetnek. A függőség kialakulása mindig pszichikai természetű, azonban csak bizonyos anyagok esetében észlelünk fizikai jellegű vonásokat. A pszichikai függőség a visszaélés esetében, tehát minden drogtípusnál megtalálható, míg fizikai függőséget csak a drogok meghatározott típusainál találunk. Egyébként fizikai függőségnél érvényesül az a szabály, hogy általában csak a központi idegrendszerre ható bénítóknál alakul ki, izgatószereknél nem.

A *szenvedély* tehát olyan állapot, melyre minden esetben jellemző a visszaélés, a pszichikai függőség. (Egyes drogoknál fizikai függőség is előfordul, ilyenkor találkozunk a dózisnövelés és az elvonási tünetegyüttes jelenségeivel.)

A leírt fogalmak megértéséhez azt is látni kell, hogy kialakulásuk, meghatározásuk pontosítása időben elnyújtottan, a terjedési folyamatnak megfelelően történt. Emellett szociológiai, kulturális, történelmi és egyre inkább gazdasági tényezőket is figyelembe kellett és kell venni e kérdések tárgyalásakor. (Másként ítélendő meg pl. a több ezer méteres magas hegyek alig elviselhető természeti adottságai között élő indiánok kokalevél-fogyasztása, mint a nagyvárosokban tapasztalható kokainizmus.) Ismernünk kell azt a körülményt is, hogy amikor a WHO a kábítószer kérdésben új definíciót vezetett be, tekintettel kellett hogy legyen az ENSZ Kábítószert Ellenőrző Főosztálya igényeire is.

A visszaélés, függőség és szenvedély fogalmainak kapcsolata első pillanatra nehezen választható el. A drogok által kiváltott pszichikai és fizikai függőség egyben visszaélés is. Ez azonban nem jelenti azt, hogy minden visszaélés függőség következménye. Visszaélésszerűen megszokásból szedhet valaki gyógyszereket, azonban előfordulhat az

is, hogy „divat" lesz egyes gyógyszerek szedése. Mindezt az orvos viselkedése elősegítheti, alátámaszthatja vagy elutasíthatja. Ismerve azt a tényt, hogy a visszaélés és függőség kiváltó okai részben közösek, a visszaélés a függőség bevezetője lehet.

3. PSZICHOSZOCIÁLIS EPIDÉMIA[13]

Az elmúlt évszázad második feléig a kábítószer-fogyasztás általában csak a növényekre vagy azok valamilyen kivonataira vonatkozott, de emellett mindig ott szerepelt az alkohol fogyasztása is. Nagyobb arányú drogfogyasztás először az amerikai polgárháború (1861—1865) következményeként volt észlelhető. Abban az időben Amerikában a gyógyszerek jelentős százaléka tartalmazott ópiumot. Egyes vélemények szerint kínai bevándorlók vitték be és terjesztették el az ópiumszívást. A heroint előállítása után az ópiummal vagy morfiummal visszaélők kezelésére alkalmazták. (Így heroinistákká tették őket.) Becslések szerint a XIX. század végén Amerikában minden négyszáz emberből egy ópiumfogyasztó volt. Amikor a táplálékok és gyógyszerek „tisztaságáról" szóló törvényt nyilvánosságra hozták, és a közvélemény is megismerte a drog-visszaélés veszélyeit, a helyzet lényegesen javult (!).

A XIX. század közepén az európai kapitalista országokban az alkoholizmus jelentette a legnagyobb gondot. Emellett egészen kis számban fordultak elő morfinisták vagy morfin hatású anyagokkal visszaélők. Ezek általában egészségügyi dolgozók vagy azok hozzátartozói köréből kerültek ki. A gyógyszeripar fejlődésével párhuzamosan terjedt az altatók, nyugtatók, izgatószerek visszaélésszerű szedése. Emellett jelentkezett az euforizáló és hallucinációkat kiváltó készítmények szedése is. A fiatalok tulajdonképpen mindent kipróbáltak. Jellemző volt a legkülönbözőbb hatású szerek kombinálása és az injekciós adagolásra való korai áttérés. Ez már az ún. *pszichoszociális epidémia* kezdetét jelentette.

A szakemberek a második világháború után, majd az ötvenes évektől egyre fokozottabban a toxikománia új hullámáról beszéltek. Az összegyűjtött adatok elemzése azt igazolta, hogy a kábítószerek történetében nemcsak mennyiségi, hanem minőségi változások is bekövetkeztek. A toxikománia új megjelenési formája szükségessé tette új elméleti kategória, a *pszichoszociális epidémia* elnevezés bevezetését.

Jellemzői:

— egyre fiatalabb korban következik be a drogokkal való próbálkozás;
— fokozottan növekszik a drogokkal való visszaélés nők körében is;
— olyan társadalmi rétegekben, földrajzi területeken is terjed, melyekben korábban egyáltalán nem, vagy alig fordult elő;
— nemcsak városokban, hanem vidéken, egészen kis településeken is előfordul;
— olyan gyógyszereket és kémiai anyagokat használnak kábulat, eufória, hallucináció elérésére, melyek előfordulnak a mindennapi gyógyászatban, illetve mindenütt megtalálhatók, olcsón, könnyen beszerezhetők. (Ezek a jellemzők összefüggnek a vegyipar, a gyógyszeripar intenzív fejlődésével. Napjainkban számtalan olyan gyógyszer kerül forgalomba, amely a központi idegrendszerre hat.);
— végül jellemző a gyengébb drogról az erősebbre való áttérés, illetve a legkülönbözőbb hatású készítmények kombinálása és injekciós, sőt intravénás injekció formájában való alkalmazása. (Ezek legnagyobb veszélye abban van, hogy a fiatalok gyakran kipróbálnak általuk ismeretlen hatásmechanizmusú készítményeket is, valamint az injekciós fecskendőt rendszerint sterilizálatlanul használják.)

Nagy nehézséget jelent a kábítószerek elterjedettségének pontos meghatározása, illetve az, hogy a toxikománia gyűjtőfogalmán belül milyen mértékben szerepelnek a próbálkozók, a kísérletezők és a rendszeres visszaélők.

Próbálkozók. A toxikománia kialakulásának első szakaszában a fiatal csak kóstolgatja az egyik vagy másik drogot. Itt még nincs függőség, a drog fogyasztása bármikor abbahagyható. Nyugaton leggyakrabban a hasis a bevezető drog.

Kísérletezők. Általában rendelkeznek valamilyen kémiai ismerettel is, és megtervezett kísérleteket végeznek a droghatás vizsgálatára.

Rendszeres visszaélők. Ismétlődően vagy megszakítás nélkül folytatják a drogokkal való visszaélést. Előbb-utóbb eljutnak a „többé abbahagyni nem tudás" stádiumába. A vizsgálatok szerint a toxikománia epidemiológiai (járványtani) helyzete országonként, városonként gyorsan változik. Nagyvárosokban (New York, Chicago) szinte minden kerületnek, sőt lakótömbnek van saját drogja, vagy legalábbis sajátos módon alkalmazzák az éppen divatos kábítószereket.

A toxikománia és az egyes drogok országonkénti elterjedésének foka nemcsak azért ítélhető meg nehezen, mert a statisztikai adatok pontatlanok. Szerepet játszik az a körülmény is, hogy a helyzet gyorsan változik, továbbá, hogy a statisztikai vizsgálatok általában — csak keresztmetszeti képet rögzítő — felmérésen alapulnak. Legtöbb helyen csak az iskolásokat, egyetemi hallgatókat vizsgálják kérdőívekkel. A szakemberek csaknem egybehangzóan vallják, hogy a reprezentatív felmérés nem adhat választ minden kérdésre.

4. VISSZAÉLÉS ÉS FÜGGŐSÉG GYÓGYSZERTANI ALAPJAI

A toxikománia alapfogalmainak megértéséhez elengedhetetlenül szükséges néhány gyógyszertani fogalom ismerete is. A függőség kialakulása nem valamilyen rejtélyes, misztikus folyamat, hanem vizsgálható, mérhető törvényszerűségek szabályozzák. Alapvető szerepet játszik e folyama-

tokban maga a hatást kiváltó *anyag*, de ugyanilyen jelentősége van az anyagot szedő, azzal visszaélő egyénnek, illetve idegrendszerének is. (Az egyéb, pl. környezeti tényezőkkel a későbbiek során részletesen foglalkozunk.) Tulajdonképpen kölcsönhatás lép fel az anyag és az élő sejtek között, az anyag és a központi idegrendszer által meghatározott lelki működések között.

A pszichofarmakológiai[14] hatású anyagok a pszichikai működésre hatnak, azokat befolyásolják. Ezek visszaélésszerű alkalmazása elsősorban az adott anyag hatásától függően változtatja meg a hangulati, érzelmi állapotot, az indítékot és a teljesítőképességet. Hatáserősség szempontjából legerősebbek a *pszichotomimetikumok*, más néven hallucinogének, melyek állatnál és embernél is átmeneti ideig tartó elmezavarokat váltanak ki. Leghatékonyabb közülük az *LSD* (lysergic acid diethylamid), melyből a néhány század milligramm mennyiség már hallucinációkat okoz.

Gyakori, hogy olyan anyagokat, gyógyszereket, hashajtókat, antibiotikumokat, vitaminokat szednek visszaélésszerűen, melyeknek pszichofarmakológiai hatása nincs, vagy alig van. Valószínű, hogy ilyenkor nem az anyaghoz kapcsolódik a szenvedély, hanem ahhoz a művelethez, mely a gyógyszer bevételéből, illetve injekcióban való beadásából áll.

A függőség kialakulása szempontjából gyakori a különböző pszichofarmakológiai hatású anyagok szedése erre hajlamos (diszponált) személyeknél. Jellemző, hogy a visszaélők nagy része más, erős hatású, szabadon rendelkezésükre álló anyagok iránt nem érdeklődik. Vannak tehát anyagok, melyeket egyesek önként, hosszú távon, nagy adagban szednek, valamilyen sajátságos hatásuk miatt. E sajátosan jellemző hatást *visszaélési potenciálnak nevezik*. A visszaélési potenciál szabatos meghatározása mégis nehéz, mivel a személyiség, az anyagot szedő egyén fiziológiai, biológiai sajátosságai nem hagyhatók figyelmen kívül. Egyesek csak bizonyos szereket szednek, más, rendelkezésükre állóval nem is próbálkoznak.

Az anyag visszaélési potenciálja — az anyag oldaláról — gyógyszertani tulajdonságokkal, hatásmechanizmusokkal

függ össze. E tulajdonságok, hatásmechanizmusok az egyes anyagok, drogok esetében különbözőek. Nehézséget jelent a visszaélési potenciál erősségének meghatározásában az is, hogy az illető anyag kémiai, gyógyszertani tulajdonságai, a személyiség általános jellemzői mellett egyéb körülményektől is függ. A drog fogalmának meghatározásakor már utaltunk arra, hogy „társadalmi önkényesség" is szerepet játszik abban, hogy melyik anyagot nevezzük drognak, kábítószernek, melyiket nem.

Jó példa erre az alkohol. Csaknem minden társadalom eltűri az *alkohol* mértékletes fogyasztását (legfeljebb munkaidőben való fogyasztását korlátozzák). Érdekes, hogy a rendszeres vagy nagy mennyiségű alkoholfogyasztást is sokáig elnézik. Általában csak akkor bélyegzik meg a személyt a függőség, jelen példánk esetében az alkoholizmus pecsétjével, ha alkoholfogyasztásával magának, családjának, környezetének komolyabb kárt okoz.

Nehéz a gyógyszerszedés megítélése is. Ha valaki ideges panaszok, álmatlanság miatt tartósan szed nyugtatókat, altatókat, e körülmény nem kifogásolható. Ha azonban e gyógyszerek euforizáló hatását is „kihasználja", és a gyógyszerek szedését hosszabb ideig folytatja, esetleg az adagot is emeli, már visszaélésről van szó. Gyógyszereknél azonban a határok gyakran elmosódnak.

Elvileg a társadalmi tűrés nem lehet a függőség meghatározója. Az USA-ban elnézik egy-egy marihuana cigaretta elszívását, egyes keleti térségekben ma is nyíltan vagy csaknem nyíltan folyik ópiumszívás, hasisfogyasztás. Véleményünk szerint e helyeken a társadalom hallgatólagos vagy nyílt hozzájárulása ellenére kábítószerrel való visszaélésről van szó.

Nehezíti a kérdések megítélését, hogy a tárgyalt anyagok nem mindenkinél váltanak ki visszaélést. Nem lesz mindenki alkoholista, aki esetenként kis mennyiségű alkoholt fogyaszt, vagy gyógyszer-visszaélő, aki orvosi javaslatra átmenetileg altatót vagy nyugtatót szed. Az is megemlítendő, hogy az egyébként igen nagy visszaélési potenciálú anyagok, mint az ópium, az első bevétel alkalmával gyakran okoznak kellemetlen hatást, mely a függőség ki-

alakulását nem támogatja. (A morfinistáknál végzett vizsgálatok azonban azt igazolják, hogy számos morfinista az első orvosi vagy egyéb javaslat alapján történt bevételnél átélte a kellemetlen élményeket, később mégis morfinista lett.)

5. MÉLYLÉLEKTANI MEGGONDOLÁSOK

A pszichoanalitikusok a toxikománia kialakulásának magyarázatára *Freud* libidóelméletéből[15] indultak ki.

> A személyiség döntő alapelve az életösztön, amely megközelítően azonos a libidóval. A libidó a személyiségben önálló „Énné" alakul, mely az örömkeresés folyamatában ösztönösen hat. Az örömkeresési elv alapján az egyén azonnali vágykielégülésre törekszik, ha ennek akadálya van, hallucinációk formájában éli át. Az emberi faj fejlődésének egymást követő fázisai során — a környezet hatására — jött létre a tudatos „Én", mely már mint a személyiség objektív alkalmazkodási formája jelentkezett. A személyiség fokozatosan „megtanulta", hogy a közvetlen vágykielégítést el tudja halasztani a későbbiek során.

A mélylélektan szerint különösen azok hajlamosak toxikomániára, akik nehezen viselik el a fájdalmakat, s akiknek függőségi igénye az átlagosnál kifejezettebb. Ilyen egyéneknél a konfliktusok regressziót[16] eredményeznek. Az ún. „tudattágító" gyógyszerek erősítik a csecsemő- és gyermekkori védettség érzését, de a gyógyszer hatásának elmúlása után ismét jelentkezik a rossz közérzet, a depresszió.[17] A jó közérzetet csak újabb gyógyszeradagok bevételével képes a beteg fenntartani. A „magára hagyottság" vagy a túlzott elkényeztetés is fokozzák a függőségre való hajlamot, s gyors, ellenszolgáltatás nélküli kielégítést követelnek.

Rado[18] a toxikomániával kapcsolatosan döntő jelentőséget tulajdonít az „érzéki örömök" elvének megfelelő önregulációnak[19].

Az *érzéki ellenőrzés* döntően befolyásolja az életfolyamatokat:

1. a fájdalmat érzékelve, mintegy jelzi azt;
2. a fájdalom elkerülésével a jólétet keresi (fiziológiai szinten a táplálék bevételét kellemes inger kíséri, melynek tetőpontja a jóllakottság);
3. az ismétlésre ösztönző szexuális orgazmus[20] a fejlődés során a szexualitás differenciálódásához vezet;
4. a nevelés folyamatával formálja a lelkiismeretet és a magatartást (dicséreten vagy büntetésen alapul, tehát öröm és fájdalom hat rá).

Az érzéki, lelki önreguláció a biológiai szinttől a kulturális szint felé halad. Az egyén egyre magasabb szintű kulturális alkalmazkodás elviselésére kényszerül, mely a tanulás, nevelés és tapasztalatok szerzésének folyamatában, az intelligencia fejlődésében nyilvánul meg.

A drogok mágikusnak nevezhető jellege a központi idegrendszer működéseire kifejtett közvetlen biokémiai hatásán alapszik. A drog által kiváltott szuperöröm ellenállhatatlan hatással van a szervezet érzéki kontrolljára, és mind több és több körülményt (természetes örömöt vagy nehézséget) szorít ki, melyek jellemzőek az egészséges életre. A drog tehát egészséges életfolyamatokat helyettesít. Mélylélektani megfontolások alapján a helyettesítés három mechanizmust foglal magába:

— *szuperöröm,* mely elhallgattatja a veszélyeket,
— *mámor,* mely zavarja a gondolkodást, előrelátást, ítélőképességet,
— a beteg *lelkiismeret-furdalása,* mely paradox módon ugyancsak szerepet játszik a teljes összeomlásban.

E mechanizmusok hatásához hozzájárul, hogy az érzéki kontroll fokozatosan romlik. A toxikománia kialakulásában és fenntartásában ez szinte alapvető tényező. A szuperörömök abszolút elsőbbsége miatt a közvetlen, azonnali örömre való törekvés kerül előtérbe.

Rado állatkísérletekkel próbálta bizonyítani, hogy jutalmazó és büntető agyközpontok elektromos izgatása által

elért páratlan örömérzés hasonló a drogok által biokémiailag kiváltott szuperörömökhöz.

A toxikomániával kapcsolatos mélylélektani állásfoglalás az alábbiakban állapítja meg: a *drogfüggőség* egy kudarcot valló állapot önbüntető folyamata. A valóságos önirányítás narkotikus önirányításba megy át. Így az emelkedett hangulat, illetve a vágy a hatásmechanizmus elmúlása után a gyengén leplezett narkotikus csalódások összefüggő megnyilvánulása. A kóros tünetek a szervezet érzéki szabályozottságának megromlására vezethetők vissza, ahol a cél: a boldogságérzés drogok igénybevételével történő könnyű és azonnali elérése.

A toxikomániával foglalkozó pszichoanalitikus elméletek problémafelvetése a tudományág legtöbbet vitatott — és legkevésbé elfogadható — kérdése. Ez az értelmezés, amely figyelmen kívül hagyja a személyiség és a szociális környezet kapcsolatát és döntő fontosságát, egyoldalú szemléletet tükröz, így eredményei, bizonyításai magukban rejtik a kétségeket.

6. ELEKTROFIZIOLÓGIAI ÉS BIOKÉMIAI MAGYARÁZATOK

Az elektrofiziológiai vizsgálatok, valamint az utóbbi évek kutatásainak eredményei alapján az állapítható meg, hogy a drog fogyasztása mellett alapvető változások következnek be a szenvedélybetegek idegrendszerének bioelektromos működésében. E változásokon olyan jellegű idegi sérüléseket kell érteni, melyek toxikus agyvelői károsodás (enkefalopátia) kialakulását eredményezhetik.

A szenvedély neurofarmakológiai alapon történő magyarázatának első próbálkozásai *Remmer*[21] nevéhez fűződnek. Állatkísérlettel igazolta, hogy az oxidálható altatók hipnotikus hatásának csökkenése altatókkal előkezelt ál-

lapotoknál törvényszerűséget mutat. Az adott altató biológiai felezési ideje és ezen altatók anyagcsere-termékek vesén keresztüli kiválasztási gyorsulása párhuzamosan halad. Emellett beigazolódott, hogy az ilyen altatókhoz hozzászoktatott állatok májának enzimjei[22] az emberi hatóanyagokat — kísérleti körülmények között — többszörösen gyorsabban bontják le, mint az altatókhoz hozzá nem szoktatott állatok májából nyert hasonló enzimek. Ezzel bizonyítást nyert, hogy az állatoknál bizonyos altatók megszokása az anyagcserére ható enzimek serkentésén alapszik.

A májról korábban is tudtuk, hogy a legfőbb detoxikáló szerv. E tevékenységében az enzimek, illetve ezek katalizáló működése játsszák a döntő szerepet. Kihangsúlyozandó körülmény, hogy a máj enzimjei csak a kémiai reakcióira hatnak, az anyagra (drogra) nem. A legkülönbözőbb gyógyszerek úgy befolyásolják a lebontásukban szerepet játszó enzimeket, hogy azok egyéb gyógyszerek lebontását is jelentősen gyorsabban fogják elvégezni. *Ha valaki hozzászokik egy altatóhoz és eljut ahhoz az állapothoz, hogy az alkalmazott altató* (pl. Noxyron) *lebontásának felezési ideje*[23] *4 óra, a készítmény elhagyása után 20 nappal a felezési idő 18 órára emelkedik.*

Különböző országok tudományos intézeteinek élettani kutatásai már az 50-es évek végétől arra utaltak, hogy a drogélménynek, illetve az ezzel kapcsolatos egész kérdéskomplexumnak jól körülhatárolt, objektív módszerekkel vizsgálható, mérhető alapjai vannak. A köztiagyban *„jutalmazó" és „büntető" központokat* mutattak ki. E vizsgálatokat állatok agyába beépített elektródák segítségével végezték. Később billentyűrendszerrel kombinálva lehetővé tették, hogy az állatok öningerlést is végezzenek. Több esetben embernél mutattak ki „eufória" és „diszfória" központokat. Ha a „jutalmazó" központot ingereljük, illetve a „büntető" központ működését gátoljuk, eufóriás állapot következik be.

Elfogadott álláspont az, hogy az ellentétes hatású drogok, serkentők (pl. amfetamin) és nyugtatók vagy altatók

(pl. barbiturátok) a szervezet visszajelző rendszerét különböző módon befolyásolják. E szerint az elképzelés szerint az amfetamin gátolja a „büntető" központnak a „jutalmazó" központra irányuló hatását, illetve a „jutalmazó" központ ingerküszöbét leszállítja, és így vált ki eufóriás állapotot. A „jutalmazó" és „büntető" központ *visszacsatolási elve* tulajdonképpen megmagyarázza minden olyan drog hatásmechanizmusát, mely nem fizikai, hanem pszichikai függőséget okoz.

Eközben gyakorlatilag minden döntő fontosságú ösztön (az önfenntartó ösztön is) gátlódik — az örömnyerés saját maguk által létrehozható lehetősége mellett — és a kellemetlen ingerek elvesztik jelentőségüket. Az állatok e magatartása mindenképpen agresszív, akkor is, ha a cél örömnyerésre, jutalmazásra irányul. Meg kell jegyezni, az örömnyereség csak felületesen szemlélve fogadható el. Úgy tűnik, a művelet során az állatok olyan helyzetbe kerülnek, hogy saját maguk izgatásán, ingerlésén kívül más lehetőségük nincs. Ennek az lehet a magyarázata, hogy ebben az állapotban — fiziológiai elváltozások miatt — már nem képesek kontrollálni automatikussá vált, örömkereső mechanizmusaikat. A saját maguk felé irányuló manipuláció azonban csak aktiválja az örömre, élvezetre törő ösztönöket, igazi ösztönkielés, beteljesülés azonban nem következik be. (Nem hagyható figyelmen kívül, hogy a kísérletek során az állatok élvezetre, illetve öröm elérésére irányuló tevékenysége nem tudatos, hanem ösztönös.) A szenvedélybetegség lényegének megértéséhez közelebb vittek szenvedélybeteg embereken végzett vizsgálatok, amelyek szintén rámutattak a köztiagy egyes központjainak körelőidéző szerepére. Érdekes, hogy embernél csak kivételesen, a legsúlyosabb toxikománoknál fordult elő, hogy a kialakult szenvedély minden egyéb ösztönös törekvést kioltott. Enyhébb formában való előfordulása azonban közismert, gondoljunk csak a súlyosabb toxikománokra, akik teljesen elhanyagolják táplálkozásukat, és szinte ezzel párhuzamosan, gyakorlatilag teljesen elvesztik szexuális érdeklődésüket.

7. TANULÁSELMÉLETI MEGGONDOLÁSOK

A tanuláselméleti kérdéseket tekintve a kondicionálás fontos szerepet játszik a toxikománia kialakulásában és fenntartásában. Ezt az állapotot egy várakozási stádium előzi meg, amelyet az aszténiás alkat talaján kialakuló pszichovegetatív egyensúlyhiány, szorongás- és feszültségkészség, depresszív vonások, öngyilkosságra való hajlam jellemez.

E várakozási magatartásból érthetővé válik a toxikomániát eredményező bevezető cselekvés — valamilyen szer, drog fogyasztása —, amely általában még kontrolláltan történik. A bevezető cselekvés ismétlése, majd megszokása már alapvetően másként, a kontrollképesség jelentős fokú elvesztésével jár. Ilyen esetben már „elsődleges erősítő hatások" játszanak szerepet: az eufória elérése, a szorongás, a feszültség-, a fájdalomérzés csillapítása, az elviselhetetlen agressziós tendenciák enyhítése.

A toxikománia magyarázatára szolgáló tanuláselméleti nézetek olyan modellt alkalmaznak, mely elsősorban a szorongást, a feszültséget csökkenti. A szorongás vagy feszültség az individuumnak és a csoportok élettörténetének dinamikájából világosan levezethető.

Ha a fenti kérdéseket csoportdinamikai szempontból vizsgáljuk, világosan kell látnunk, hogy stressz vagy szorongás mindig akkor lép fel, ha a csoportnorma és az önmagukkal szembeni elvárás ellentmondást eredményez. Az egészséges egyén általában szorongása oldását és feszültsége csökkenését különböző fizikai, pszichikai és szociológiai mechanizmusok segítségével meg tudja oldani. (E mechanizmusok, egyébként, csak részben tudatosak, részben a tudat bevonása nélkül működnek.) Egyes esetekben megoldást jelenthet az adott csoportnormához való alkalmazkodás, vagy átlépés egy új csoportba (munkahely-változtatás, új barátok stb.). Emellett minden társadalom rendelkezik több olyan kulturális, szociális lehetőséggel, intézményrendszerrel, amelyek meghatározott módszerek, szokások, eszközök, rítusok alkalmazásával segítenek a szorongás és feszültség oldásában. E rituális élményformákon belül a szoron-

gás vagy feszültség oldására a drog minden esetben már az utolsó lehetőséget jelenti.

Ha valaki szorongását vagy feszültségét néhány esetben eredményesen oldani tudta droggal, fél a drog elhagyásától, mivel már rendelkezik a droghatás elmúlását követő negatív élményekkel is. Fokozódik tehát a szorongástól való félelem, és ez hozzájárul a drog ismételt bevételéhez. Ha például valaki néhány esetben átélte az álmatlanság kínzó élményét, és fél ennek megismétlődésétől, altatót vesz be. Ezt követően kerülhet fokozatosan olyan helyzetbe, hogy már napközben is altatót szed félelem vagy félelmet utánzó rossz hangulat, ideges panaszok miatt.

Ebben az alig korrigálható motivációváltozásban, melyben a drogot nemcsak álmatlanság esetében, hanem nappal fellépő feszültségnél is szedik, a magatartás már közel kerül a *pszichikai függőséghez.*

A felsorolt *elsődleges erősítők* mellett (eufória stb.) legalább ilyen fontosságú a toxikománok viselkedésének, magatartásának több olyan mozzanata, melyeket *másodlagos erősítőknek* nevezünk.

Kondicionáló hatásúak a drog átvételére szolgáló találkahelyek, illetve a drog bevételének a helyei, a környezet sajátos argója, jassznyelve, egyéb környezeti hatásai. Másodlagos erősítő tulajdonképpen a „belépőjegy" megváltása a toxikomán környezetbe, mely egyes helyeken csak a drog injekciós alkalmazása után lehetséges. Hasonlóan hat az a körülmény is, hogy az „újonc" aláveti magát egy szabályszerűen működő kondicionálási folyamatnak.

> Az állatkísérletes vizsgálatok minden vonatkozásban alátámasztják a fentieket. A valamilyen droghoz hozzászoktatott állatoknál elvonási tüneteket okoz az injekciós technika, a helyiség, a táplálék, illetve azok ízesítő anyagainak megváltoztatása is.

A drogszedés és a magatartás, illetve az elsődleges és másodlagos erősítő tényezők részletes elemzése rendkívül összetett munkát igénylő tevékenység. Különösen akkor, ha a kísérleti vizsgálatba a szociális magatartást is bevonjuk.

E kérdést szabadon élő majmokon vizsgálták. Az állatok olyan infúziós pumpával voltak ellátva, mellyel morfiumot fecskendezhettek be maguknak. Ellátták őket táplálékkal, vízzel és gyümölccsel. A vizsgálatot úgy folytatták, hogy az élelmet edényekben helyezték el és minden második edényben morfium is volt. Az egyik majom morfiumot kapott, ha bizonyos fényjelre egy másik állatnak a szomszédos edényt vitte és fordítva. Ilyen módon a szociális függőség egy sajátos típusa alakult ki, melyben az egyik állatnak segítenie kellett ahhoz, hogy a másik a táplálékát, illetve a morfiumot megkapja.

Nagyon valószínű, hogy az emberi drogfüggőség kifejlődésénél is kiemelkedő szerepet játszanak a *szociális erősítő tényezők*. Máig alig ismert személyiségközeli vagy szociálisan jelentőséggel bíró tényezők vannak, melyek képesek arra, hogy erősítő tényezőként hassanak, emellett élményszinten általában pozitív jelentőségűek, gátolják a szorongást és a feszültséget.

Mint említettük, a drogbevétel helye és módja, bizonyos motivációk: titkolódzás, kíváncsiság, utánzás, a környezet reakciója, megtorló vagy éppen tűrő hozzáállása stb., mind döntő *erősítő* tényezők. Az alapvető erősítő tényezők — szorongás- és feszültségoldás mellett — egyre újabb és újabb másodlagos erősítő tényezők kapcsolódnak be. *A tudományos bizonyítások eredményeként valószínűsíthető, hogy a függőség, illetve a toxikománia kialakulásában és fenntartásában e kondicionáló, erősítő tényezőknek döntő jelentőségük van.*

III. Fejezet

A TOXIKOMÁNIA KIVÁLTÓ ÉS MOTIVÁLÓ TÉNYEZŐI

1. ÁLTALÁNOS MEGJEGYZÉSEK

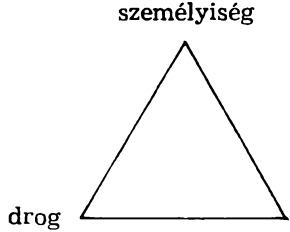
A *toxikománia* kialakulásának általános vizsgálatakor nem szabad figyelmen kívül hagyni a *visszaélés* kérdését. A két fogalom — és tartalmi jelentése — szorosan összekapcsolódik, hiszen az állandósult vágyat minden esetben megelőzi a drogvisszaélés.

A visszaélés kialakulása általában több tényező függvénye. Ezek tartós, egyidejű kölcsönhatása eredményezi a krónikus állapot kifejlődését.

A toxikománia szakirodalma *Kielholz*[24] elméletét és modelljét tartja a legelfogadhatóbbnak a kiváltó tényezők csoportosításában.

A drogfüggőség kialakulásában három tényező: a *személyiség,* a *társadalmi környezet* és a *drog* játszik döntő szerepet.

Modelljét a következő ábra teszi szemléletessé:



Személyiség:	*Drog:*	*Társadalmi környezet:*
öröklés, kora-gyermekkori miliő, szexuális fejlődés, aktuális stressz-szituációk, a magatartással kapcsolatos elvárások.	az adagolás módja, dózis, a drog hozzáférhetősége, a hatás időtartama, megszokás, individuális reakciók.	családi helyzet, foglalkozás, anyagi, szociális helyzet, igazságügyi vonatkozások, vallás, a droggal kapcsolatos állásfoglalás, rábeszélés, divat, fogyasztási szokások.

A kiváltó tényezők, e modell alkalmazásával — kölcsönhatásaik miatt — nem tárgyalhatók egymástól mereven elszakítva.

Vannak olyan tényezők, melyek a személyiséghez tartozóak, hatásuk azonban csak bizonyos külső körülmények jelenlétében érvényesül. Alapvető az anyag, a drog szerepe, hiszen hiányában nem is alakulhat ki drogfüggőség. Ugyanakkor a személyiség jelentőségét emeli ki, hogy a drogfüggőség emberi probléma, tehát az *ember* függőségéről van szó. Bármilyen fontosak is a külső körülmények, a személyiség sajátos, öröklött vagy szerzett adottságai nélkül e külső okok nem eredményezhetnének függőséget. (Visszaélésszerű drogfogyasztás külső körülmények hatására, a személyiség aktív részvétele nélkül is elképzelhető: pl. rendszeres, hosszú ideig tartó, nagy adagú altatószedés.)

A toxikománia, a drogvisszaélés gyökerei általában a személyiség kórosnak nevezhető adottságaiból erednek. Az egyén tulajdonképpen a számára kellemetlen vagy éppen kínzó realitásból akar kilépni. Önbizonytalanság esetében sokan válnak függővé azáltal, hogy kezdetben csak bizonyos alkalmakra, bizonyos szituációkra való felkészülés során vesznek be nyugtatót vagy serkentőt, esetleg a kettő kombinációját. Az átmeneti lehangoltság vagy tartósan

rossz közérzet oldására is gyakori az alkohol vagy gyógyszerek fogyasztása.

Az is megszokott, hogy fáradtság esetén kávét fogyasztanak, feszült helyzetben dohányoznak. Nem sokkal ezelőtt még menedzserbetegségnek neveztük azt a kórképet, melynél a valóban túlterhelt, általában vezető beosztásban dolgozó emberek koffein, nikotin, alkohol visszaélésszerű fogyasztása segítségével látták el feladatukat. Emellett este, gyakran nappal is nyugtatókat szedtek. Az a tapasztalat, hogy ma már e magatartás nemcsak a vezető beosztású emberekre jellemző, hanem sajnálatosan kezd általánosan elterjedni.

Sok esetben igazolható, hogy a drogok szedésének célja a tudatállapot-megváltoztatás, „tudattágítás"-ra való törekvés, az önátváltoztatási vágy, perspektívanélküliség megszüntetése. Lényegében a cél a realitásból való kilépés, átmeneti jó hangulatba, talajnélküli emelkedettség állapotába való kerülés.

Tekintettel arra, hogy a személyiség döntő jelentőségű a toxikománia kialakulásában, vázlatosan foglalkozni kell az emberi személyiséggel, és a kialakulásában szerepet játszó tényezőkkel.

2. SZEMÉLYISÉG

A személyiség fogalma nehezen definiálható, amit talán bizonyít az is, hogy a különböző elmegyógyászati, pszichológiai szakkönyvek is általában csak körülírják.

A személyiség az egyén azon pszichofizikai jellemzőinek dinamikus rendszere, amelyek meghatározzák a környezethez való alkalmazkodását *(Pertorini*[25]*)*. A személyiség tárgyalásakor az intellektuális teljesítmények mellett a személyiség érzelmi, indulati összetevőit, érzéseinek és cselekvéseinek módját, a külvilág ingereire való reagálókészségét is figyelembe kell venni.

„Az emberi személyiség biológiai és pszichológiai alapok-

ra épül, s csak a közösségben válik értelmezhetővé" (*Ozsváth*[26] szerint). Ez azt jelenti, hogy a személyiség biológiai, pszichológiai és szociológiai tényezők együttes hatásának az eredménye.

a) A személyiség fejlődése

A személyiség fejlődésében az elmúlt évek kutatásai *(Kielholz)* hangsúlyozzák az *öröklődés* jelentőségét. A drogfüggőség esetében a felmenő ági rokonok körében mintegy 60%-ban fordul elő a szorongásra való hajlam, a zárkózottság, sérülékenység, hangulati labilitás. Gyakori az alkoholizmus, a szülők altatószer- és fájdalomcsillapító-fogyasztása, továbbá a nikotinnal való visszaélésük. Nagy százalékban fordul elő közöttük az öngyilkosság vagy öngyilkossági kísérlet és a bűnözési hajlam. Ha a szülő érzelmi problémái megoldására saját nemzedékének „kábítószeréhez" folyamodik, nem meglepő, hogy gyermeke is kipróbálja napjaink „tiltott gyümölcsét". A szülő alkoholfogyasztása például mintául is szolgálhat a „problémák megoldására". (Ilyenkor azonban már a környezeti hatás is érvényesül!)

A genetikus (örökletes) tényezők döntő jelentősége mellett szerepet játszanak a személyiség fejlődésében a *biológiai tényezők* is. Ezt igazolják az alábbi, objektív vizsgálatokkal alátámasztott adatok:

— Negatív értelemben befolyásolják a személyiség fejlődését a születés előtti (prenatális) és a születés ideje körüli időben történő károsodások. Az utóbbira példa a születés alatt vagy közvetlenül utána kialakuló légzési zavar — aszfixia — előfordulása. A betegséggel járó oxigénhiány olyan szervi, idegrendszeri sérüléseket eredményezhet a kisgyermeknél, melyek iskoláskorban, majd a pubertáskorban beilleszkedési zavarokat okozhatnak.

— Az *egyéni fejlődés* zavarai jelentősen magasabb számban fordulnak elő a *deviáns*[27], így a toxikomán fiata-

loknál. (A járás- és beszédfejlődés zavarai, éjszakai ágybavizelés, kisgyermekkori nyugtalanság stb.).

— Fontos szerepet játszanak a fejlődésben a kisgyermekkori idegrendszeri megbetegedések (epilepszia, ismeretlen eredetű rosszullétek, agyvelő- és agyhártyagyulladás stb.).

A személyiség társadalmi termék, mely az emberi szervezet és pszichikum biológiai képességei alapján alakul ki. E folyamatban az egyént szociális hatások bonyolult sorozata éri, és a személyiség e hatásokra fejlődik, differenciálódik. Fejlődésére jellemző, hogy egymásra épülő fázisokból áll. Az előző fázis teljes kibontakozása szükséges a következő kialakulásához, melynek során az előző magasabb fokon integrálódik a következőbe. E fejlődési folyamat részben biológiai jellegű, nagyrészt azonban szociális tanulást jelent. A *szocializáció*[28] azt jelenti, hogy a gyermek fokozatosan elsajátítja a társas együttélés szabályait. Egyúttal a szocializáció során a személyiség viselkedése úgy módosul, hogy megfeleljen környezete (társadalmi, elfogadott) elvárásainak *(Ozsváth)*.

A szocializációban kétirányú történés zajlik le: az új személyiség fokozatosan magára ölti szociokulturális környezetének jellegzetes személyiségvonásait, azonosul velük, ugyanakkor személyisége egyedi, sajátos lesz. Az *azonosulás* szakaszát tehát az önállóság elérése követi. Akkor nevezhetjük érettnek a személyiséget, ha *kreatív* (alkotó) képességeit optimálisan, a szociális értékek követésének megfelelően fejti ki. Érett személyiség esetében az értékek követése nem a jutalmazás reményében, a tilalmak elkerülése pedig nem a büntetéstől való félelem függvényeként, hanem belső szabályozó folyamat következményeként, az önkontroll szintjén valósul meg.

A szocializáció folyamata a szociális magatartásformák elsajátításával, a családon belüli utánzásos tanulással indul meg. Ennek legkoraibb és legtipikusabb formája a mozgások leutánzása. Az *anyával való biológiai kapcsolat* a gyermek megszületése pillanatától döntő, de fokozatosan előtérbe kerülnek a szocializációs hatások. Az emberiség fejlődésében az emberi faj biológiai kialakulásának szaka-

szát követte az a történelmi időszak, melynek során az ősemberből kultúrlény vált. A törzsfejlődés két útja — az idegrendszer biológiai érése és a tanulás — együtt, egymástól elválaszthatatlanul ment végbe. A fiziológiai érés előfeltétele a tanulás funkciójának, de ha a környezet nem kívánja meg e funkció gyakorlását, a biológiai alap fejlődése is tökéletlen lesz. A cselekvés révén a gyermek tevékenysége beépül biológiai fejlődésébe, tehát a külső cselekvések fokozatosan átalakulnak belső, szellemi tevékenységgé. E folyamat végigkíséri az ember fejlődését, azaz *a biológiai érés társadalmilag meghatározott természeti folyamatként megy végbe (Ozsváth).*

A szocializáció folyamatának fejlődésében különleges jelentősége van az érzelmi kísérőjelenségek, kifejező mozgások utánzásának, ezen keresztül az *empátia*[29] kialakulásának.

Az érzelmi kapcsolatok a csecsemőkorban döntő jelentőségűek. Az anya pozitív érzelmi állapota kedvezően, negatív érzelmi állapota kedvezőtlenül hat a gyermek fejlődésére. Később, amikor a gyermek spontán aktivitása, járása, beszéde kezdődik — és ebben az időben a tisztaságra szoktatással az anya már követelményeket is támaszt —, az empátia funkciója újabb szemponttal gazdagodik: az anya neheztelése büntető, öröme pedig jutalmazó jelentőséget nyer az empátia közvetítésével. Az anya pozitív érzelmekkel nyugtázott viselkedései, illetve tárgyak, személyek, események pozitív érzelmi jegyet vesznek fel, ezzel szemben az anya negatív érzelmei negatív érzelmi minősítésűek lesznek a gyermek számára is.

b) A család szerepe a személyiség fejlődésében

A társadalmi normáktól való eltérésben észlelhető személyiségzavarok döntően a családi szocializációs hiba következményei. A deviáns emberek személyiségfejlődésük idején rendellenesen kötődnek szüleikhez. A szülők viselkedésükkel, nevelési próbálkozásaikkal személyiségükből

eredő — sokszor nem szándékos — befolyásukkal megzavarják gyermekük személyiségfejlődését.

A nem megfelelő családi környezetben a fiatal — kora gyermekkortól kezdve — érzelmileg sokkal kevesebbet kap a családtól, mint amennyit személyiségfejlődése igényelne.

A gyermek fejlődésében döntő jelentőségű a családdal együtt töltött idő. Nem feltétlenül az együtt töltött idő abszolút mennyisége fontos, hanem *a család intim együttlétének van fokozott jelentősége.* A gyermekek olyan családi programokat, közvetlen beszélgetéseket igényelnek, melyek számukra érdekesek. Ismerünk olyan véleményeket is, hogy a gyermekek számára néha terhesek ezek a családi programok, szívesebben töltik szabad idejüket barátaikkal. Az ilyen esetek azonban sokkal inkább arra utalnak, hogy már korábban törést szenvedett a gyermek és a szülei közötti kapcsolat.

Ha a szülők a gyermek fiatal korától rendszeresen szerveznek közös programokat, nem alakul ki ez a helyzet. A serdülők érzelmi elmagányosodásának egyik leglényegesebb tényezője az ún. együttes élmények hiánya. Ha tehát a gyermek nem kapja meg családjától mindazt, ami érzelmi élete aktuális fejlettségi fokához, ezen keresztül személyiségfejlődéséhez szükséges, érzelmi *frusztráció*[30] alakul ki.

Figyelembe kell venni viszont, hogy a nem megfelelő családi környezet csökkenti a gyermek tűrőképességét a frusztrációval szemben, és ebből a feszültségből pótló jellegű kapcsolatokkal igyekszik szabadulni.

A drogfogyasztó fiatal általában lazább kapcsolatokkal rendelkezik családjával, mint a nem fogyasztó. Az ember személyiségfejlődése döntően — a szocializáció folyamatával — a külső feltételektől függ. E külső feltételeket hosszú ideig a családnak kell biztosítani. A fiatal a serdülőkori, ösztönéletbeli változások alapján feszültség- és kényszerhelyzetbe kerül, agresszív és ellenérzést keltő hajlamokat, tulajdonságokat vesz fel.

Mivel családi kapcsolatai általában nem alkalmasak arra, hogy problémáit és konfliktusait otthon meg tudja beszélni, a családon kívül keres kapcsolatokat (rendszerint csoportosan). Elszakad családjától és hasonló sorsú, gondú

fiataloktól vár megértést és segítséget. A szülők azonban elutasítják ezeket a kapcsolatokat. Ez az elutasítás viszont erősíti az ellenérzést a szülői házzal, az uralkodó társadalmi renddel, a teljesítmény kényszerével, a tekintély és a befolyásolás minden formájával szemben. E fiatalok konfliktusaik feloldására kis, rosszul választott, heterogén összetételű csoportokba szerveződnek, ahol megtalálják és *kipróbálják* a drogot, és úgy érzik, hogy a drog felszabadítja őket „elviselhetetlen" helyzetükből. Nem csupán — mint azt sokan hiszik — az eufória utáni vágy, hanem *az ellazulás, az elkülönülés, a kínzó realitás megváltoztatása, vagyis az illúziókba való menekülés a fiatalok drogfogyasztásának egyik fő oka.*

A próbálkozók nagyobb része a kísérletnél nem jut tovább, de különösen azok, akiknél kora gyermekkori neurózis vagy magatartászavar kimutatható, rendszeres drogélvezőkké válhatnak.

Ha a gyermek így eltávolodik családjától, tulajdonképpen megfosztja magát a gyermekség állapotától. Ez a megfosztás koravén, felnőttes magatartás kialakulásában jelentkezik. Az ilyen gyermek, aki részben vagy teljesen elszakadt a családjától, érzelmi stabilitásában is megingott. E helyzetben — biztonsága megóvása érdekében — utánzásos mechanizmussal felnőttes szerepet játszik, vagy hasonló problémájú csoport tagja lesz. Mindkét módon *biztosítottsága és érettsége érzetét* igyekszik bizonyítani magának. A csoportok azonban nem oldhatnak meg minden problémát, mivel a hasonló korúak és hasonló problémájúak nem alkalmasak az érzelmi bizonytalanság megoldására. Ezt bizonyítja, hogy a családjától elszakadt fiatalok pszichológiai vizsgálata érzelmi fejlődésében elmaradt, szorongó, a pszichés feszültségeket rosszul tűrő személyiségvonásokat mutat.

Különleges és néha nehezen megítélhető szerepet játszanak a drogfogyasztásban: a feltűnően rendezetlen családi körülmények, válás, különélés, a szülők egyéb házassági konfliktusai, az egyik szülő korai halála, a családon kívüli felnövés, vagy a házasságon kívüli születés. E családi körülmények, a nem kielégítő kapcsolat a szülőkkel, a biz-

tonság, a valakihez való tartozás és a meggyökerezettség érzésének, az igazi kontaktusnak a hiánya oka lehet a fiatalkori toxikomániának. Érdekes módon csaknem azonos hatások figyelhetők meg a szülők elkényeztető magatartásánál. Ilyenkor is hasonló személyiségjegyek alakulnak ki és a fiatalok hajlamosak arra, hogy az élet minden megterhelő szituációját elkerüljék. A stabilnak tűnő családi helyzetben is az elkényeztetés, a pedagógiai következetlenségek hozzájárulnak az elbizonytalanodáshoz. Valószínűnek látszik, hogy a fiatalok drogfüggése szoros összefüggésben áll szuleik érzelmi labilitásával.

Gyakori, hogy az ilyen családokban a szülők túlzottan elnézőek gyermekeikkel szemben, és elsősorban anyagiakkal igyekeznek pótolni azt, amit érzelmekben nem tudnak nyújtani. Mivel az ilyen családban a szülők nem támasztanak igényeket, követelményeket gyermekeikkel szemben, nincs lehetőség arra, hogy bennük a szükséges ellenálló képesség kialakuljon. Ennek következménye, hogy az ilyen gyermek védtelen marad az őt körülvevő világ támasztotta reális követelményekkel szemben.

A kábítószert fogyasztó fiatalok megromlott családi kapcsolatai érdekes kérdést vetnek fel: *a fiatal idegenítette-e el családját magától, vagy őt idegenítette-e el a család?*

Megállapítható, hogy általában a kábítószert fogyasztó gyermekek szülei hajlamosak az ivásra.

Wenkee[31] 165 drogfogyasztó családja körében végzett részletes vizsgálatokat. A drogvisszaélés, pszichés megbetegedések, eszméletvesztéses rosszullétek gyakorisága jelentősen magasabb számot mutatott, mint az átlag népesség hasonló körében. Az esetek 38,2%-ának családi korulményei voltak rendkívül kedvezőtlenek. Meg kell azonban jegyezni, hogy ezzel szemben a drogfogyasztók másik csoportjánál kívülről szemlélve megfelelő, érintetlen családi élet bizonyítható, különösebb feszültség nélkül. Legfeljebb az elkényeztetés, a „csodálatos" szabadság biztosítása említhető. Gyakori volt ezek között az önmagával szemben igényes, szociális teljesítményekben gazdag apa jelenléte.

Nyugaton a család általános széteséséről beszélnek. Hazánkban azonban ez az állítás mint társadalmi jellemző, nem fogadható el. Tudomásul kell azonban vennünk, hogy a fejlődési folyamatban levő társadalmunk a család vonatkozásában is változásokat okozott. Ezek a változások túlnyomóan pozitívan értékelendők, azonban sajnálatos negatív hatások is megfigyelhetők. A nők tömeges munkába állása, a munka melletti tanulmányok folytatása mind az egyes személyek, mind a családok és össztársadalmunk számára a fejlődés irányába ható tényezők. Magától értetődő azonban, hogy a politikai, gazdasági, társadalmi munkában többszörösen igénybe vett szülők csak kisebb százaléka volt képes arra, hogy a hagyományos családi minta megváltoztatásával új szokások, normák bevezetésével a *család egységét*, harmóniáját meg tudják tartani, esetleg tovább tudják fejleszteni. A családok jelentős részénél lazultak azok a kötelékek, melyek a család összetartozásában, harmóniája biztosításában döntő jelentőségűek. Sok család *Magyarországon is* kettészakadt. (A válások számának emelkedése csak részben mutatója e jelenségnek.)

Az *anya* családon kívüli tevékenysége, gazdasági, jogi önállósulása lehetővé tette egyénisége teljes kibontakozását. Ugyanakkor — csekély kivételtől eltekintve — a családon kívül aktívan tevékenykedő nő képtelen a hagyományos anyaszerep feladatainak minden vonatkozásában eleget tenni. A bölcsőde csak abban az esetben nem okoz törést a kisgyermek érzelmi fejlődésében, ha valóban optimálisan működik, illetve ha a gyermek bölcsődei elhelyezése nem jelenti egyben a családból való teljes érzelmi kiszakadását. Megemlítendő, hogy a kisgyermek számára nemcsak az anya, hanem az *apa* szerepe is elsőrendű fontosságú. Az apa különösen a személyiségfejlődés korai időszakában alig pótolható.

A feudális jellegű agrártársadalmakban a kisgyermek látta és értette apja munkáját. A modern ipari társadalmakban az apa otthonától, családjától távol dolgozik, s munkája annyira differenciált, hogy gyermeke tevékenysége lényegét alig érti meg. Az ismert vagy megis-

merhető apa befolyásolása helyébe egy többé-kevésbé „ismeretlen" apa szava, utasítása lép. A közvetlen tapasztalatokat nélkülöző szavak és utasítások érvényessége a gyermeknevelésben azonban vitatható.

c) A serdülés hatása a személyiség fejlődésére

A családi környezet szerepétől függetlenül a személyiség harmonikus kialakulásában zavart okozhat az érési folyamatok egyenetlen ritmusa, fejlődése, illetve — napjainkban — túlzott gyorsulása is. A testi, ösztönéletbeli és — bizonyos területeken — az intellektuális fejlődés jelentős fokú gyorsulása mellett az érzelmi tényezők érése elmarad. Ez egyébként nemcsak a fiatal számára jelent problémát, hanem a családon belül a konfliktusok egyik fő forrása lehet. A szülők és fiatalok közötti kapcsolatokat rendkívüli módon megviselik a fiatalok szexuális problémája által kiváltott viták. Jelenleg Európában a nemi érés mintegy három évvel korábban következik be, mint 100 évvel ezelőtt. Ez a körülmény egyenlőtlenséget okoz a fiatalok fejlődésében és különböző nehézségeket rejt magában a szexuális problémák megoldásában. A fiatalok jelentős százaléka korán, 14—15 éves korában kezdi meg szexuális életét. E korban azonban érzelmi életük általában még nem fejlett minden vonatkozásban. Az érzelmek nélküli szexuális kapcsolatok állandó jellegű kielégületlenség érzéséhez vezethetnek. Ezzel indokolható többek között a gyakori partnercsere is.

Minden fejlődési fázisban új élettani működési feladatok kerülnek előtérbe. A serdülés (pubertás) egyik leglényegesebb funkciója a szexualitás. Mindennapos tapasztalat, hogy ez mennyire vulkanikus erővel tör fel, különösen gyorsuló ütemű korunkban. Vitatható, hogy fennáll-e a nyugodt és harmonikus élet lehetősége, amikor szexuális forradalomról beszélünk. Egyes fiatalok által propagált szabadosság, az általános túlingerültség sürgeti a szexualitás átértékelését. Hogyan lehet e téren tájékozódni? Kér-

dés, hogy a „teljes szabadság" a szexualitás kifejlődését eredményezi-e?

Érthető, hogy a teljesen felszabadított szexualitás mély csalódásokhoz kell vezessen. Tisztában kell lenni azzal, hogy serdülő korban levő fiatalok még nem elég érettek a szexualitásra. Ők az érést mesterségesen kívánják fokozni és megváltoztatni. Így kerülhetnek olyan helyzetbe, hogy a kábítószerektől a szexualitás kibontakozását remélik. Az LSD-élvezet egyik legdöntőbb céljának a szexuális extázis növelését tartják. A tapasztalatok azonban azt bizonyítják, hogy ez egyáltalán nem következik be. Az eredmény csüggedés és csalódás. Az idült kábítószer-fogyasztáshoz rendszerint hozzá tartozik a potencia zavara is.

Az ifjúság sajátos problémájának megértéséhez egy másik körülményt is figyelembe kell venni: a fiatal egy olyan speciális szociológiai állapotú csoport tagja, amely már nem gyermek, de még nem felnőtt. Minden egyes fiatal individuálisan átélt érzelmi konfliktusa az őt körülvevő csoport, társaság hatására erősödhet. (Így például kollektív „nem" keletkezhet minden idősebb generációval szemben.) Az élet egyik centrális problémája a felnőtt azon törekvése, hogy „fiatal maradjon". Az idősebb generáció, mely ennek megfelelően közeledik az ifjúsághoz, logikailag és érzelmileg nehezen tudja megoldani, hogy a fiatalságnak fordított irányú orientációt parancsoljon. A fiatal az általánosított „nem"-ből nehezen találja meg az *Én* kialakulásához szükséges „igen"-t. Ez magyarázza meg a fokozott információigényt, a kételkedést, az ideológiai bizonytalanságot.

Az objektív világnézet hiánya akadályozza a tájékozódást és a tudatos döntéseket. Az el nem döntöttség viszont megnehezíti az „Én" fejlődését, kialakulását. Szinte természetes reakcióként ahhoz, hogy e fiatalság létezni tudjon, időnként, látszólag egészen az „Én" elvesztéséig egyénileg csoportokkal, kis közösségekkel azonosul.

A fiatalságra jellemző, hogy elsősorban érzelmeik határozzák meg cselekvéseiket. Korunkat viszont elsősorban a tudatos megismerés és tapasztalás bizonyítékai határozzák meg. A fiatalság teljes kibontakozásához feltétlenül szük-

séges, hogy érzelmi alapjuk kifejlődjön, azonban technikai, bürokratikus, „komputer" társadalmakban erre egyre kevesebb lehetőség van. Egy olyan új, feldolgozatlan űr keletkezett tehát, amelybe beáramlik a drogok által elérhető érzéki *kábulat* ígérete.

d) Az iskola és a személyiség fejlődése

Biológiai és pszichológiai tényezők, továbbá a család — mint legközvetlenebb környezet — tárgyalása mellett a tágabb környezeti hatások szerepét is vizsgálat tárgyává kell tenni.

A családi környezet után az iskola jelenti azt a közösséget, mely a gyermek fejlődésében, tanításában, társadalmasításában fontos szerepet játszik. Az érintett tanulók személyiségfejlődési zavarainak fokozódásában, illetve fenntartásában a hibás pedagógiai módszerek is szerepet játszhatnak. Az iskolákat — egyébként a családok nagy részét is — a túlzott teljesítményre való ösztönzés jellemzi, mely mellett háttérben marad az iskola nevelői tevékenysége. A követelmények igen magasak. A középiskolások közül többen feszült, idegileg kimerült állapotba kerülnek, különösen azok, akik egyetemi felvételi vizsgára készülnek. Problémát jelent, hogy a pedagógus részéről gyakoribb a kudarcélményben való részesítés, mint a sikerélmény biztosítása. Ez különösen a magatartási zavarral küzdő gyermeket sújtja, aki e pedagógiai magatartás következtében egyre súlyosabb kudarchelyzetekbe kerül. A pedagógiai módszerek következetlenségére utal egyes, általában fegyelmezetlenebb tanulók kirekesztése az osztály közösségéből. E módszerek nem segítenek. Az osztály perifériájára kerülő fiatal helyzete gyorsan romlik, sőt magvát képezheti az osztályban vagy iskolában kialakuló elkülönülésnek, nem kívánt csoportformáknak. Több iskolában csak formális a dohányzási tilalom, és szemet hunynak az iskolai kirándulásokon előforduló alkoholfogyasztás felett is.

A fiatalkori drogfogyasztás és az egyes iskolatípusok közötti összefüggésekkel foglalkozó nyugati közlemények számos ellentmondásos adatot közölnek. Abban minden szer-

ző megegyezik, hogy a pszichoszociális fertőzés az Egyesült Államok egyetemein bontakozott ki, majd a skandináv országok főiskoláira terjedt át. A különböző iskolatípusokban való terjedése azonban tovább nem követhető. A kábítószerrel való visszaélés kutatásának ismert szakemberei is egymástól eltérő statisztikai adatokat közölnek. A drogokkal való visszaélés melegágyaiként Európában leggyakrabban a középiskolásokat említik, más közleményekben az iparitanuló-iskoláknak, általános iskoláknak, kollégiumoknak tulajdonítanak hasonló jelentőséget. Ezek az ellentmondások nyilvánvalóan abból a körülményből adódnak, hogy a felmérések általában nem terjednek ki minden iskolatípusra, másrészt a drogfogyasztás rendkívül változékonysága mellett, egyik területről a másikra, iskoláról iskolára való terjedése is felgyorsult.

3. SZOCIÁLPSZICHOLÓGIAI HATÁSOK

Több tudományos munka hangsúlyozza, hogy a toxikománia kialakulásában a szociálpszichológiai tényezők döntő jelentőségűek.

A fejlett kapitalista országokban az egyes társadalmi osztályok és rétegek mind képviselve vannak a kábítószerrel való visszaélésben. Az anyagi nehézségekkel küzdő rétegek esetében, melyekben jelentős a munkanélküliség, a kábítószer általában a valós problémák elől való menekülést szolgálja. A jó anyagi körülmények között élő rétegek tagjainál a drog az élvezetek hajszolásának egyik, talán legtipikusabb eszköze. Az oksági tényezők között szerepel az osztályellentétek éleződése, továbbá a mesterségesen szított háborús hisztéria miatt fokozódó feszültség is. Nyugaton szerepet játszanak a kábítószer-élvezet terjedésében a hamis filozófiai irányzatok is, melyek nyíltan vagy burkoltan az emberi lét céltalanságát hirdetik.

A toxikománia okairól beszélve megemlítendő a háborúk jelentősége is. A második világháború után a nyugat-euró-

pai országokban maradt amerikai katonák terjesztették, illetve terjesztik még napjainkban is a kábítószert. Franciaországban az észak-afrikai katonák töltöttek be hasonló szerepet. A háborúk jelentőségét legjobban talán a vietnami háború példája bizonyítja. A Vietnamba érkező mintegy félmilliónyi amerikai katona részben már „fertőzött" volt a drogoktól. Vietnamban több körülmény játszott szerepet abban, hogy a háború végére az amerikai katonák több mint egyharmada — egyes statisztikák szerint 30—45%-a — kábítószer-élvező lett; ilyenek az otthonuktól való távollét, a katonai vereségek által kiváltott félelem, helyzetük egyre fokozódó reménytelensége. Legalább ilyen fontos tényező volt, hogy részben Dél-Vietnamban, részben a szomszédos országokban könnyen és olcsón jutottak hozzá a hasishoz és a heroinhoz.

A háborúknak a toxikomániában betöltött negatív szerepét igazolja a vietnami háború olyan vonatkozásban is, hogy az amerikai katonák kábítószer-igényének ellátására a Vietnammal szomszédos országokban jelentősen nőtt a marihuana, hasis és heroin előállítása. A felfejlesztett termelés eredményeként az amerikai katonák nagy mennyiségű — olcsón beszerzett — kábítószert küldtek, illetve vittek haza az Egyesült Államokba. Végül hazatérésükkor növelték az USA-ban a kábítószer-élvezők számát. A vietnami háború befejezésével fellendült kelet-ázsiai kábítószeripar nem hanyatlott, hanem részben a helyi igények kielégítésére termel, részben növeli a Nyugat-Európába és az USA-ba irányuló illegális kereskedelmet.

Birdwood[32] a kábítószerjárvány soha nem látott terjedését elsősorban a „társadalmi nyugtalanság"-gal magyarázza. Vizsgálatai szerint a mai fiatalság egyik legfeltűnőbb jellemzője a világméretű kábítószer-élvezet. E nyugtalanságnak egyéb jelei is vannak: a fiatalkori kriminalitás növekedése, gyakori rendzavarás az egyetemeken, az öngyilkossági kísérletek nagy száma, szembenállás a társadalom kapitalista jellemzőivel, tüntetések a háborúk ellen, anarchista mozgalmak, neo-marxista irányzatok kialakulása. Szerinte ez a nyugtalanság a felnőttek köré-

ben is észlelhető. Ahogy a fiatalság a maga nyugtalanságát elsősorban drogokkal vezeti le, a felnőttek részben alkohollal, részben ugyancsak — de a társadalom által „elfogadott" formákban — drogokkal. Döntő különbség, hogy a felnőttek e magatartását nem bélyegzik antiszociálisnak. „Jellemző, hogy a társadalom eltűri a felnőttek agresszióját, de nem tűri el az egyetemek és főiskolák nyugalmának megbontását."

A társadalmi tűrés más jelenségekkel szemben is jellegzetesen alakul. Másként ítélik meg a szenvedélyes dohányos tüdőrákban bekövetkezett halálát, mintha egy heroinista májgyulladásban hal meg. A „rizikófaktorok" közel állnak egymáshoz, de a társadalmi elfogadhatóság milyenségében nagy különbség van.

A modern társadalom jellemzője az egyre fokozódó anyagiasság, amely visszahat ugyan a fejlődésre, azonban az egyoldalú szemlélet miatt nem tud értelmes célt mutatni.

Angst[33] és munkatársai 6315 fiatal kérdőíves vizsgálata alapján kimutatták, hogy jelentősen fokozódik a drog iránti érdeklődés a magasabb szociális rétegekben. Hangsúlyozzák, hogy ez az adat nem jelenti egyértelműen a jólét meghatározó szerepét. Véleményük szerint valószínű, hogy a magasabb szociális rétegeknél gyakrabban fordul elő a tradíciókhoz kevésbé kötött magatartás. A majdnem korlátlan anyagi jólétben élő rétegek helyzete nem jelent egyben problémamentességet is. A gyermekek és a fiatal felnőttek hamar felismerik, hogy gazdag társadalmukban nincs módjuk arra, hogy konstruktív szerepet játsszanak.

Jellemző módon a legmagasabb szociális státust elérők mellett a kábítószer nyugaton a legszegényebbek között is terjed. New York 58 ezer néger lakosú negyedében csaknem 20 ezren kábítószer-élvezők. Az állami szervek minden igyekezete ellenére sem dolgoznak, bűnözésből, a kábítószer terjesztéséből tartják fenn magukat.

Az is gyakran hangoztatott vélemény nyugaton, hogy a kábítószer-szenvedélyre való általános hajlam kialakulása a fogyasztói társadalom sajátos terméke. Véleményük szerint a fogyasztás mindenáron való fokozása csak több munkával érhető el, ami negatív értelemben hat mind a

családi életre, mind az egyén pszichés egyensúlyára. A fogyasztói társadalomban az átmeneti sikertelenség is toxikomániát eredményezhet. A toxikománia viszont nem jelent kiutat az ilyen konfliktusos helyzetből, sőt növeli: a toxikomán passzívvá válik, s az adott problémák megoldására való törekvése helyett a kábulatot hajszolja, sőt becsapja magát azzal, hogy a kábítószerek elősegítik a tudat kiterjesztését.

A teljesítmény kényszere, a kudarctól való félelem toxikomániához vezethet. A meg nem értett fiatalok alkohollal és kábítószerrel küzdik le feszültségüket, és keresik a nélkülözött örömöket. Önállóságra, mindentől és mindenkitől való függetlenségre törekszenek. Ebben az állapotban képtelenek az adott viszonyokhoz való harmonikus alkalmazkodásra. Ha e fiatalok feszült helyzeteikben kábítószerekhez nyúlnak. helyzetük még tovább romlik. Egyre újabb és nagyobb kábítószeradagokra lesz szükségük, amelyek hatására személyiségük fejlődése eltorzul.

A fiatalkori toxikománia kiváltó okait tekintve a személyiségfejlődés egyes szakaszainak zavara esetén három periódust különböztetünk meg: az azonosulás időszakát, az útkeresés időszakát és a másik nem felé való fordulás jellemzőit *(Spiel*[34]*)*.

Amennyiben a fiatal kisebbségi érzések, vagy bármilyen gátló körülmény hatására nem tud a környezetében élő személyekkel azonosulni, „éretlennek" nevezhető állapotban marad. Jellemző rá, hogy valamiféle „hőst" utánoz, csak a külsőségeket, a látszatot és nem a valóságot látja.

Az útkeresést, a társadalmi alkalmazkodást illetően a zavar akkor következik be, ha valaki képtelen megtalálni helyét a társadalomban, „kívülálló" marad, vagy majomszerűen utánoz mindent, amit csoportja tesz: úgy öltözködik, ugyanolyan a hajviselete, ugyanazokat a szófordulatokat használja stb. Ezekre a fiatalokra az jellemző, hogy egyedül semmit nem mernek megtenni, mindig az egész csoport segítségét és támaszát igénylik, hogy félig-meddig magabiztosan szerepelhessenek.

A szexuális fejlődés zavara esetén hosszú ideig fennma-

rad a serdülés előtti nemi magatartás: önkielégítés, abnormális képzeleti élet stb. Gyakori, hogy a fiatalok keresnek nemi partnert, de nemi magatartásukat a csoport „mintája" határozza meg. A csoport által szervezett „partikon" azonos „játékszabályok" jellemzőek: meghatározott időben kezdődik a vetkőzés, a nemi aktust nemcsak saját partnerükkel, hanem bárkivel végrehajtják, a partnerek felcserélése a csoporton belül szinte kötelező.

A kábítószer-orgiák nem jelentenek egyben nemi orgiákat is. Az ilyen orgiákon legfeljebb bizonyos erotikus megnyilvánulások, fogdosás, hisztériás elragadtatás kiélése fordul elő. Ezeken általában nem jutnak túl. Ez viszont azt jelenti, hogy a későbbiek során is nagy nehézségekbe fog ütközni a megfelelő szexuális partner megtalálása, illetve a normális szexuális élet kialakulása.

A személyiségfejlődés zavarait elemezve az Amerikában mintegy 20 évvel ezelőtt kibontakozott beatnik-mozgalom jelentős szerepet játszott a fiatalok kábítószerrel való visszaélésében. E fiatalok a „kibontakozás", „tudatkitágítás", hangulatuk és tudatállapotuk megváltoztatása érdekében kezdtek gyógyszereket szedni. A beatnik-mozgalomban álbölcselkedő meggondolások jutottak kifejezésre. Életük külső formáinak megváltoztatása által szinte forradalmat kívántak létrehozni: a felnőtt társadalom súlyt helyez ápolt megjelenésére, ők azonban elhanyagoltak, hosszú hajúak voltak, szakállt növesztettek. A társadalmi normáknak megfelelni igyekvő felnőttek szorgalmasak, konkrét célképzettel rendelkeznek, fontos számukra a lakáskultúra, meghatározott társadalmi szabályok szerint élnek. Ezzel szemben a beatnikek nem dolgoztak, gyakorlatilag semmit nem tettek jövőjük érdekében — szerintük így jól érezték magukat —, s szembehelyezkedtek az elfogadott társadalmi normákkal. Erre az életstílusra és a vele járó „életérzelmekre" jellemző, hogy e fiatalok kapcsolatba kerültek a kábítószerekkel, melyek tudatállapotukat jelentősen befolyásolták (akár az extázis eléréséig). Önmagukról azt a téves meggyőződést vallották, hogy mozgalmuk, életmódjuk központi szerepet játszott társadalmukban.

Az 1960-as évek végén Ausztriát is elérte a beatnik-mozgalom és a kábítószer is. Eleinte nem a klasszikus kábítószerek terjedtek, hanem elsősorban olyan szerek, amelyek csak enyhébb fokban befolyásolták a hangulatot és a tudatállapotot: köhögéscsillapítók, központi idegrendszeri izgatók, étvágycsökkentők. A fiatalok kísérletezni kezdtek és különböző koktélokat készítettek, melyek néha nyugtatókat és izgatókat is tartalmaztak. E kísérletezők közül néhányan szinte szakértőknek tekinthetők e vonatkozásban. Vannak azonban olyan megfigyelések, hogy elsősorban a csoport idősebb tagjai, sőt felnőttek tanították meg a fiatalokat az egyes kábító hatású anyagok, illetve azok kombinációinak használatára.

(Magyarországon az 1970-es évek elején észlelt első drogokkal visszaélő fiatalok is hippik voltak. Ma már Nyugat-Európában sincs komoly szerepe a beatnik-mozgalomnak, s úgy tűnik, hogy hazánkban is veszített jelentőségéből a hippik befolyása fiatalságunkra.)

Jelentős gondot jelent, hogy a kedély- és tudatállapotokat megváltoztató készítmények szedése nemcsak akadályozza és torzítja a személyiség fejlődését, hanem ezek a fiatalok egyáltalán nem szándékoznak felhagyni életmódjukkal, rögzülnek ehhez a kóros élményvilághoz. Egyre több gyógyszert próbálnak ki, hogy megfelelőbbet találjanak, s a veszélyt éppen az jelenti, hogy drog nélkül normál magatartásra többé már nem alkalmasak. A drogfogyasztó fiatalok nem képesek arra, hogy megtegyék a normális társadalmi kapcsolatokhoz vezető lépéseket, nem tudnak ugyanis kilépni a csoportból. A normális társadalmi kapcsolatok által elérhető értékek, mint az előrehaladás, a társadalmi beilleszkedés, megfelelő barátok szerzése, az öröm és a fájdalom élményének másokkal való megosztása számukra semmilyen vonzerővel nem bír. Ez a magyarázata annak, hogy a csoportok tagjai egyre inkább elszigetelődnek, s végül törvényszerűen társadalomellenes magatartásba sodródnak. E vonatkozásban tehát a veszélyt az jelenti, hogy e fiatalok nem találnak vissza többé a normális társadalomba, kívülállók maradnak.

A fiatalok mai kábítószer-élvezetének veszélye nemcsak

abban rejlik, hogy az súlyos testi vagy szellemi károsodást okoz, hanem inkább abban, hogy lelki fejlődésük olyan vágányra terelődik, mely elvezeti őket a természetes és egészséges útról (*Spiel* szerint).

A kiváltó okok sorában meg kell említeni a személyes kapcsolatok gyengülését is. *Bernard Show* szerint nem gyűlölettel tudjuk legjobban megsérteni embertársainkat, hanem a közönyösséggel. Századunk emberére egyre inkább jellemző a közönyösség. Szociális járadékokban nincs hiány, de a járadék átadásakor hiányzik minden személyes kapcsolat. A társadalom igyekszik mindenkiről gondoskodni, azonban a család elveszti szerepét, szétesik. Nyugati szakemberek írják, hogy egyre inkább megfeledkezünk egymásról, és egy „mesterséges paradicsomot" keresünk a *nikotinban,* az *alkoholban,* a *drogokban,* a szerencsejátékban, miközben ülünk az „istenített" tévé előtt.

Károsan hat a mai nyugati életben igen nagy szerepet játszó propaganda is, mely különösen a tömegkommunikációs eszközök fejlődésével párhuzamosan gyakorlatilag mindenkit elér. A propaganda tudatosan ajánlhatja a drogokat különböző panaszok megelőzésére vagy kezelésére. (A századforduló idején az USA-ban a gyógyszerkészítmények nagy százaléka tartalmazott ópiumot. Jelenleg általánosan elterjedt, hogy a nők menstruációs panaszok esetében hasist szednek vagy marihuanát szívnak.) Kapitalista országokban a gyógyszergyárak propagandatevékenysége nem a betegek érdekét, hanem saját hasznukat szolgálja. Magyarországon ilyen jellegű propaganda nincs. Figyelmet érdemel, hogy az utóbbi időben az USA-ban és Nyugat-Németországban is jelentős mértékben csökkent a dohányzás propagálása. A Szovjetunióban már régen beszüntették az alkoholtartalmú italok reklámozását, sőt árusításuk is korlátozott. Hazánkban 1977 júniusában tiltották meg a nikotin reklámozását. E tiltó intézkedést komoly eredményeként kell értékelnünk. 1978. január 1-től korlátozták az alkoholtartalmú italok árusítását is. Bár egyértelmű, hogy a toxikománia, így az alkoholizmus sem oldható meg adminisztratív intézkedésekkel, azonban várható, hogy a szigorítás is csökkenteni tudja az alkoholizmust.

A propaganda kevésbé tudatos, de legalább ennyire veszélyes megnyilvánulási formája is ismeretes: a televízióban, rádióban közvetített műsorok, a sajtó információi, irodalmi alkotások felkelthetik az érdeklődést, divatos magatartásként ábrázolhatják az alkohol és kábítószerek által elérhető „orömöket".

Meg kell említeni azt a változást is, amit az elmúlt évtizedekben a távolságok jelentős beszűkülése eredményezett. Emberek milliói — beleértve a fiatal korosztályokat is — utaznak évente különböző távoli országokba, s ott számukra korábban ismeretlen szokásokkal találkoznak. A turisták mellett nyugaton a több milliónyi vendégmunkás is szerepet játszik a kábítószerek terjesztésében.

Mind a felnőttek, mind a fiatal korosztályok drogfogyasztását elősegítő okok között említik az ún. civilizációs válságelméleteket is. Utalnak a társadalmi átalakulások gyorsuló ütemére, a tudományos és technikai forradalom eredményeinek alig követhető voltára, a napi életritmus felgyorsulására, a modern tömegkommunikációs eszközök által nyújtott információs anyag oly nagy mennyiségére, amit az ember már nehezen, vagy egyáltalán nem képes feldolgozni.

A *marxista kritikák* a civilizációs válságelméleteket *nem fogadják el.* A tudományos-technikai forradalom — egyéb nagy jelentőségű hatásai mellett — döntő szerepet játszik a személyiség sokoldalú kibontakozásában is. A fizikai munka is egyre inkább telítődik szellemi munkával — sok esetben fel is váltja —, de ezen túlmenően is gazdagodik a dolgozók személyisége. Tisztában kell azonban lennünk azzal, hogy e folyamat időben elhúzódik, s átmenetileg ellentétes irányú folyamatok is észlelhetők, melyek az egyedek személyiségfejlődését nem támogatják. Azt is meg kell értenünk, hogy ebben az átmeneti korszakban, a fejlődés egyértelmű pozitív tendenciája mellett, részben a kibontakozás adott nehézségei, részben a negatív külső hatások miatt nem lehetünk nyugodtak.

4. MOTÍVUMOK

A vele született hajlam és a szociális környezet kiemelkedő jelentősége mellett felmerül a kérdés, hogy melyek azok az egyéb vagy közvetlen kiváltó motívumok, amelyek a drogfogyasztás kialakulásában szerepet játszanak. E kérdéssel kapcsolatban külön vizsgálandók a fiatalok, a fiatal felnőttek, valamint a felnőttek motívumai.

a) A fiatalok és a fiatal felnőttek drogfogyasztásának motívumai

E motívumok vagy kérdőíves felmérések során, vagy a drogokkal visszaélők pszichológiai vizsgálatakor kerülnek felszínre, és részben közel állnak egymáshoz, részben fedik egymást. A megkérdezett fiatalok ezzel kapcsolatos véleményei kétségtelenül alapvetőek, de csak tendenciájukban értékelhetők, mivel az egyes motívumok gyakran általánosítva, vagy meghamisítva, illetve nem tudatosan érvényesülnek. Kihangsúlyozandó, hogy az egyes szerzők (pl. *Kielholz*) adatai a vizsgálat helye és ideje szerint változnak.

A mai drog-epidémia alapvető okai részben a szétesett, részben a már említett konfliktusokkal, feszültségekkel telt család megnyilvánulási formáiban keresendők. A korai pubertás, a kalandvágy, az illegalitás és az antiszocialitás vonzó, negatív hatása, a televízió passzív érzéki ingerének kisgyermekkori megszokása, a slágerzene, a barátok általi befolyásolás, csábítás egyenként is, összességükben is jelentősek. *Döntő az a tény, hogy a drogok szinte mindenütt hozzáférhetőek.* A szülők és a tanítók nevelői és szociális feladataikkal a gyors társadalmi változások következtében nem tudják követni gyermekeiket. Sok tizenéves pénzzel, felesleges, le nem kötött idővel rendelkezik, és így lehetősége van a drogok kipróbálására.

A megkérdezett fiataloktól szerzett adatok és egyéb megfigyelések szerint a drogfogasztásban különböző, többnyire kombináltan jelentkező tényezők szerepelnek.

Az 1970-es évek végén — Nyugat-Európában — bevezető motívumként a kíváncsiság és a csoportkényszer említhető. Emellett gyakran találhatók hedonisztikus motívumok, az élvezetre való törekvés, és a „szintetikus" boldogság keresése.

A mai kor emberére jellemző, hogy bizonyos szellemi tartalmakat, élményeket az intenzitás növelésével fokoz. A zene egyre hangosabb, a filmek és a pornográfia egyre vadabbak lesznek. Sokan hajlamosak arra, hogy az intenzitást összetévesztik az elmélyüléssel. Elvesznek az időbeli határok. A fiatalok számára a múlt és a jövő alig bír jelentőséggel. A hippi a mában él, a mában akarja megtalálni a boldogságát, sőt pillanatok alatt igyekszik azt elérni. Fokozott jelentőségűvé vált a célok elérésében a gyorsaság. Ez az új elv, az időtényező fontossága jelentkezik a kábítószerek intravénás adagolásában, ami bár csak néhány éve terjedt el, veszélyei azonban igen nagyok. Gyakran sterilizálatlan fecskendőt alkalmaznak, emellett a befecskendezett anyag minőségi és mennyiségi jellemzőivel sincsenek tisztában. A fecskendő alkalmazásával a drogok szinte olyan módon hatnak, mintha a kívánt élményeket egy kapcsológomb alkalmazásával akarnák elérni. A „fejlődés" lélektanilag nagyon hasonlít az egyre gyakoribbá váló öngyilkossági kísérletekhez. Minél gyorsabban, minél erőszakosabb eszközökkel kívánnak „segíteni" magukon a próbálkozók. (Nem véletlen, hogy a toxikomániát *prolongált öngyilkosságként említik.*)

Nem lehet eltekinteni az ifjúság azon törekvésétől sem, amely arra irányul, hogy megszüntessék függőségüket szüleiktől, az egész felnőtt társadalomtól. Drogfogyasztásuk a személyiségfejlődés meghatározott szakasza által jellemzett, amely a befolyásoló tekintéllyel, a fokozódó konfliktussal szemben álló próbacselekmény kifejezése.

Az említett törekvések mellett jellemző a fiatalokra a pszichés kísérlet utáni érdeklődés is. A fiatalság az érzelemnek egy misztikus, szellemiekben gazdag élet újrafelfedezésére törekszik egy érzelemszegény ipari világban. Emellett azt hiszi, hogy a droggal gyógyítani tudja pszichés zavarait. E motívumokat *lelki doppingnak* is nevezik, mivel

arra irányuló kísérletről van szó, hogy zavart, labilis személyiségüket harmonizálják és a környezeti nehézségeken túljussanak.

Fokozódó jelentőségű a lelki „távlatba" való menekülés, a nyugalom kívánása, a szorongás és feszültség elhárítása. Végül is egy totális reménytelenség, gyakorlatilag egy toxikus eredetű önként vállalt száműzetés következik be.

A droggal való első kontaktus

Az első kontaktusnál kiemelkedő jelentőségű lehet a véletlen, de legalább ilyen fontos a barátokkal való szolidaritás érzése, s az a körülmény, hogy a „kezdők" mások szemében sem szánalmasnak, sem elmaradottnak nem akarnak látszani. A fiatal, aki feszültsége enyhítésére a csoport szolidaritására van utalva, nem tudja elviselni, hogy a csoport elmaradottnak tekintse, elnyomja. Próbálkozik, kísérletezik, érdekeset és izgatót, tiltottat és titkosat keres. Gyerekes önértékelése megnehezíti, hogy a veszélyt reálisan lássa. Az ilyen fiatal minden rizikót vállal és észérvekkel alig befolyásolható. E motívumok többsége azonban még nincs kellően feltárva. A „kíváncsiság" motívum elemzése például azt mutatja, hogy az érintettek olyan csoportba kerültek, amelyekben már bevett szokás volt a kábítószerek fogyasztása, így azután a „kíváncsiságnál" jobban hatott rájuk környezetük „bevett szokása".

A tartós visszaélés

A motívumok, melyek tartós visszaélést eredményeznek, világnézeti és politikai háttérrel is rendelkeznek. Az érintettek úgy képzelik, hogy közelebb állnak a „paradicsomhoz", mint a teljesítményre ösztönzött „rabszolga-társadalom". Az ismert megállapítást, hogy a vallás a nép ópiuma, fordítva hirdetik. Számukra az ópium a vallás pótléka. A drogfüggők szemben állnak a teljesítmény követelésével, elfogadásával, csoportjukra nem az egzisztenciára való törekvés, az előbbre jutás jellemző, hanem az ingereknek való önátengedés, egészen a passzív önelhagyásig.

A motívumokról beszélve meg kell említeni a klikkeket és bandákat is, melyekben — ezek találkahelyein — jut hozzá az ifjúság a drogokhoz, vagy a droghoz vezető csatornához.

Jelentősége van annak, hogy a drogbevétel általában kollektíven, rituálisan történik, mivel ilyen körülmények között nagyobb a hatás, mintha valaki egyedül folytatja a fogyasztást. A drog hatása és a csoport „közössége" megoldja a biztonság érzésének minden problémáját, mely a felnövésben levő fiatalnak gondot okoz. A nem megfelelő körülmények között felnövők, társadalmi periférián élők nagy valószínűséggel kapcsolatba kerülnek a droggal. Megfigyelések és ezek lélektani értékelései mutatják, hogyan lesz a droggal való kapcsolatból függőség. Lényegében olyan személyiségképződésről van szó, amelyre az jellemző, hogy az átlagnál csekélyebb a konfliktusok elviselési képessége. A drogtanácsadó helyek tapasztalatai szerint a *függők* az alábbi csoportokhoz tartoznak:

— *elmebetegek* (latens pszichotikusok): náluk a drogfogyasztás öngyógyító kísérlet,
— *neurotikus hajlamúak:* a droggal látszólagos egyensúlyt igyekeznek elérni,
— *élményszegények:* a drog azt szolgálja, hogy belső ürességüket és csekélyebb élményképességüket átmenetileg kitöltsék,
— *konfliktusból menekülők:* általában csak a reális konfliktust akarják elfelejteni,
— *fejlődési zavarokkal küzdők:* a drog bevételével az érési problematikát kívánják legyőzni, a megfelelő fejlődési fokot elérni. A drog hatásával azonban téves értékeléshez jutnak, észlelésük és törekvésük nem egyezik a realitással. A motívumokban gyakran szerepel az *unalom,* a *depresszió,* a *magányosság,* a *realitás elől menekülés.*

Maguk a drogfogyasztók gyakran hivatkoznak arra, hogy a drogokra álmatlanság, fejfájás miatt van szükségük. Emellett olyanok is felszínre kerültek, akik elismerik, hogy hangulatuk javítása és teljesítőképességük növelése céljából nyúltak drogokhoz. A teljesítménycsőd, a kudarctól való

félelem, az elhagyatottság érzése, az igazi gondoskodás hiánya mind a toxikomániához vezető indítékok. Különösen serdülőknél jelentős ez. A fenti motívumok következtében olyan elviselhetetlen lehet a feszültség, hogy egyrészt fokozza az önállóságra való törekvésüket, a mindentől és mindenkitől való függetlenség vágyát, másrészt pedig lehetetlenné teszi számukra, hogy az adott viszonyokhoz harmonikusan alkalmazkodjanak. Feszültségüket a kábítószerrel oldják, s az így nyert tapasztalatok megerősítik törekvésüket, hogy újból és újból így járjanak el. Így azután rendszeres kábítószer-fogyasztókká válnak, ezzel személyiségfejlődésük lelassul, végül fizikailag és pszichésen is összeroppannak.

A kábítószer hatása nem magától vezet el a mámorhoz, a kívánt hatás elérését meg kell tanulni. Azoknál, akik a hasist kezdetben csak alkalomszerűen fogyasztják, idő kell ahhoz, hogy kifejlődjenek azok a képességek, melyek lehetővé teszik a hasis kívánt hatásainak elérését is.

A többség éppen csak kipróbálja, majd abbahagyja a kábítószer-fogyasztást, a kisebbség azonban fokozatosan lecsúszik a toxikománia mélységébe, és közülük sokan el is merülnek e mocsárban.

b) A felnőttek drogfogyasztásának motívumai

A felnőttek és fiatalok drogfüggősége között a motívumokat illetően is lényeges különbségek vannak. A gyógyszerekkel visszaélő felnőttek túlnyomó többsége nemcsak a túlfokozott, kellemes közérzetet keresi, hanem egyéb okok miatt válik drog-visszaélővé vagy toxikománná. A fiatalok csaknem kivétel nélkül tudatosan a kábító vagy euforizáló hatás elérésére törekszenek, amikor drogot fogyasztanak. A felnőtteknél ritkább a tudatosan eufóriára való törekvés, s ezért nálunk gyakori a „gyógyszermániának" nevezett állapot. Hozzá kell tenni, hogy a felnőttek között is előfordulnak toxikománok, e fogalom korábban már kifejtett értelmében.

A kiváltó okokat vizsgálva: fájdalmak, alvászavar, szorongás, depressziós állapotok, stressz- és konfliktus-szituá-

ciók, nehezen elviselhető vegetatív zavarok sorolhatók fel. Csaknem mindig kimutatható neurózis vagy pszichopátia, amikor a beteg „öngyógyító céllal" orvosi javaslat nélkül kezd gyógyszert szedni. Ezek hátterében azonban a szocialista országokban alapvetően más körülmények állnak, mint a kapitalista országokban. Magyarországon nincs munkanélkuliség, nincs olyan hatalmas különbség a szerényebb jövedelmű rétegek és az átlagnál jelentősen jobban kereső rétegek között, mint a kapitalista országokban. Az egészen kis számban előforduló „gazdagok" jelentősége mind népgazdasági szempontból, mind a toxikománia szempontjából elhanyagolható. Egyébként is e viszonylag kis számú réteg legfeljebb alkoholizál, de nincsenek adatok arra vonatkozóan, hogy körükben a drogfüggőség nagyobb számban fordulna elő, mint az átlagnépesség körében. Hazánk társadalmi rendszere fejlődő jellegű. Ez okoz bizonyos feszültségeket a felnőttek körében, ebből kifolyólag a fiatalok életében is. Nincsenek azonban olyan antagonista társadalmi osztályok, melyek ellentétei károsan hatnának akár a felnőttek, akár a fiatalok életére. Az iparszerkezeti változások problémái, az urbanizáció ártalmai, a lakóhelyváltozás, falusi dolgozók és családjuk beilleszkedése a városi környezetbe, a vidék jellegének megváltozása, válthatnak ki feszültséget, szorongást. Ezek azonban csak átmeneti hatások, melyek negatív jellege az egyenes irányú fejlődés során fokozatosan csökken.

5. DROGKARRIER

E fogalom a „próbálkozók" egy-egy drogfogyasztásától a *toxikomániáig való eljutását,* illetve a toxikománián belül az enyhébb drogok fogyasztásától az erős drogokra való áttérés folyamatát fejezi ki.

Mindenekelőtt azt kell világosan látni, hogy miképp lesz az alkalmi kábítószer-fogyasztóból toxikomán. Ha valakit barátai vagy ismerősei vezetnek el a kábítószer által ki-

váltott új élményekhez, akkor a kezdeti gátlásokat a kábítószerrel előidézett élvezet csökkenti. Ha az első fogyasztást a többi is követi, akkor már bizonyos idő után igény támad a további fogyasztásra, s közben a személy megtanulja a fogyasztás „fogásait", s elsajátítja azokat az ismereteket, amelyek a kábítószer kívánt hatásának kiváltásához szükségesek. Minél többször ismétlődik a fogyasztás, annál inkább csökkennek a gátlások. A gátlásokat az is csökkenti, hogy a kábítószereknek ma már olyan keverékeit állítják elő, amelyek a befecskendezés után szinte azonnal mámort váltanak ki.

Ami a kérdést lélektani szempontból illeti, figyelembe kell venni a serdülő ifjúság fejlődésének speciális helyzetét. Önállósulásuk növekedése, a szülői háztól való függés csökkenése új „életirányok" kereséséhez vezet. A serdülők igen érdekesnek találják a toxikománok világát, mivel ott látszólag nem érvényesülnek a társadalom megszokott normái. Vonzódnak ehhez a különleges, álromantikus, fantasztikusnak látszó világhoz, s azt hiszik, hogy ez jelenti számukra az igényeiknek legjobban megfelelő magatartási módot. A kábítószer-fogyasztás egyre inkább a társadalom perifériájára sodorja a visszaélőt. Ez annál erősebb, minél jobban sújtja a társadalom különböző jogi-büntető szankciókkal a kábítószer-fogyasztást.

Az új irányba sodródott fiatalok először csak utánozzák, végül teljesen magukévá teszik a toxikomániás közösségek normáit, értékrendjét és magatartásformáit. Ezzel párhuzamosan növekszik eltávolodásuk eddigi világuktól (a szülői háztól, az iskolától stb.). Minél inkább szembetűnő szociális helyzetük — napjainkra jellemző számtalan — ellentmondása, annál inkább előtérbe kerül a fiatalkorúak esetében az új lehetőségek keresésének a vágya. Ez a megvilágítás visz közelebb a kábítószer-fogyasztás világméretű fokozódása reális indítékainak megértéséhez.

A drogfüggőség előrehaladását tekintve elsősorban azokat a pszichológiai és szociológiai fejlődési folyamatokat kell megvizsgálni, melyek az ún. *kábítószer-karrier* fejlődéséért felelőssé tehetők. Feltehető, hogy vannak olyan pszichikai tényezők, melyek a bevett drogtól függetlenül

hatnak. Az egészséges idegrendszerű fiataloknál ez a hatás kevésbé jellemző. A drogkarrier során az egyes lépések különböző gyorsasággal követhetik egymást. A kábítószerrel való visszaélés kezdetben többnyire nem kívánt melléktünetekkel jár. Az idősebb generáció jól ismeri ezt az alkohollal és a dohányzással való első találkozásból. E próbálkozók azonban előbb-utóbb megtanulják, hogy a drogok segítségével manipulálhatják hangulatukat és tudatállapotukat.

A gyakori, illetve rendszeres visszaélésnél hamarosan észlelhető külső jelek lépnek fel: *passzivitás, majd a környezettől való elkülönülés.* A környezet negatív reakciói erősíthetik a visszaélést és e hatásokat. A visszaélő jellegzetes önmegnyugtatással válaszol, s azt mondja magának: *„e szerek veszélytelenek, szabad vagyok, mindenkor abbahagyhatom, de e szerekkel pozitív élményekhez jutok".*

A fejlődés következő lépése, hogy a visszaélő különleges nehézségeknél, megterheléseknél *extra adagot vesz be,* vagy rendszeresen a a kábítószer-túladagolás hibájába esik. Ebben a stádiumban következik be a csoportváltoztatás, az eddigi miliő elhagyása, olyan társaság keresése, ahol a kábítószer-élvezet megszokott, ahol senki nem tesz szemrehányást. A visszaélő bizonytalanná válása, tengődése miatt munkahelyet változtat, betegsége következtében gyakoribb hiányzásai újabb nehézségekhez vezetnek, s ez újabb munkahely-változtatást eredményez. Belső harc kezdődik tehát, a drog elhagyása azonban nem sikerül. Az ismételt sikertelen kitörési kísérletek reménytelenséghez, önfeladáshoz vezetnek. Az ezzel összefüggésben álló nehézségek előbb vagy utóbb a környezet beavatkozását eredményezik. Elvonókúra következik, de ezt nemsokára újabb visszaesés követi, újabb izolálódás, mely fokozódó érzékenységgel és a külvilág elviselésének fokozódó képtelenségével jár. Az elkülönülés további drogfogyasztáshoz, ez viszont további teljesítménycsökkenéshez, fokozódó szorongáshoz, majd mindez ismét újabb drogfogyasztáshoz vezet. *A visszaélő egyre jobban beszűkülő körbe jut.* Ez a fejlődés és a személyiségnek ez a változása annyira jellegzetes, hogy min-

den drogfüggőnél meszemenően hasonló. Úgy is fogalmazhatunk, hogy ha ismerünk egy drog-visszaélőt, ismerjük mindegyiket. Végeredményben tehát megszűnik az egyén önálló személyisége. A függőség kialakulásától a folyamat a kiváltó körülményektől függetlenül fejlődik tovább, s csak a legritkább esetben szűnik meg spontán. E fejlődési folyamat minden fokozatában előfordulhat javulás, sőt a függőség elhagyása is, de minél előrehaladottabb stádiumról van szó, ez annál kevésbé remélhető.

6. ESETISMERTETÉSEK

A toxikománia kiváltó körülményei szemléltetésére beteganyagunkból ismertetünk néhány kórházi esetet. E betegek kórtörténetének elemzése bizonyítja, hogy az ún. „pótszert" alkalmazók pszichikai és fizikai károsodásai alig enyhébbek az „igazi" kábítószerekkel visszaélők sérüléseinél.

(1) 20 éves férfi, szülei egészségesek, egy fiatalabb, fiútestvére van, szintén egészséges. Apja és anyja felelős beosztásban dolgoznak. Születési károsodásra utaló adat nincs. Kétéves korában járványos gyermekbénuláson esett át, évekig járógéppel járt, jelenleg is sántít. Hatéves korában magatartási zavarok miatt gyermek-ideggyógyász foglalkozott vele. Két alkalommal kezelték tripper miatt. Az általános iskola utolsó évében egy tanárnőnek visszaütött, emiatt iskolát kellett változtatnia. Az általános iskolát közepes eredménnyel végezte el, majd géplakatos szakmát tanult. Mintegy tíz munkahelye volt, többször hosszabb ideig nem dolgozott. Munkatársai gúnyolták hosszú haja és hippis öltözete miatt.

Már általános iskolás korában egy belvárosban működő csoportosulás tagja volt. Ettől kezdve fogyasztott nagyobb mennyiségben alkoholt. Tizenhat éves korában ismerkedett meg a „Nagyfa-galeri" tagjaival. Tőlük kapott először *Pankant.*[35] Eleinte általában 4 tablettát vett be alko-

hollal, majd az adagot fokozta, és elérte a napi 12 tablettás mennyiséget. Átélte a Parkan-hatás típusos tüneteit, hallucinált is. Előfordult, hogy napokig bolyongott, elvesztette pénzét, óráját, személyi igazolványát. Később áttért a *ragasztószerek* inhalálására. Ezt csaknem naponta végezte. A kórházba való kerülését megelőző évben *Codeint, Noxyront* is szedett. Eleinte 5 tabletta Codeint és két tabletta Noxyront vett be egyszerre, később a Codein adagját 12 tablettára, a Noxyronét négy tablettára emelte. E gyógyszerektől kellemes kábultságot érzett. Nem volt álmos. Ebben az időszakban esetenként Parkant is szedett. 1973-ban néhány esetben *marihuanához* is hozzájutott. Első ilyen próbálkozásától hányingere volt, később több órán át kellemesen érezte magát a szertől, hallucinációk nem alakultak ki. Egy alkalommal *étert* inhalált, utána 20 percig kábult volt, majd hányinger lépett fel. A kórházba kerülése előtti hónapban többször — általában „ragasztózás" után — öngyilkos akart lenni. Három esetben meg is kísérelte az öngyilkosságot. Legsúlyosabb a harmadik eset volt, amikor 19 tabletta *Tardylt* és 10 tabletta *Noxyront* vett be, és a jobb könyökhajlatban megkísérelte erei átvágását. Toxikológiai osztályra szállították, néhány nap múlva vettük át. Csaknem három hónapot töltött kórházunkban.

Felvételi állapot: gyengébben fejlett, sovány férfi. Csuklóin és a könyökhajlatban metszett sérülések hegei láthatók. Belgyógyászati, idegrendszeri, szervi eltérés nem mutatható ki. Öltözete, csaknem vállig érő haja elhanyagolt. Tudata tiszta, jól fejlődött, egyénisége kialakult, lehangolt, érzelmileg labilis. Beszéde halk, a feltett kérdésekre értelmes válaszokat ad. Jövőjével kapcsolatosan bizonytalan, nem találja a kibontakozás lehetőségét.

Pszichológiai vizsgálat: átlagos, életkornak, iskolázottságának megfelelő értelmi színvonal. Érdeklődése kifelé forduló, elsodorható, befolyásolható személyiség. A helyzeti feszültségek alacsony ellenálló képessége miatt a szorongásos és nyugtalan állapotok hisztériás megnyilvánulásokban oldódnak fel. Fejlettebb feszültségfeldolgozásra utaló jelzés nincs. Az önagresszív hajlamok miatt öngyilkossági veszélyállapotok lehetségesek. Gyermekkori fej-

lődési zavarok miatt apjával való kapcsolata konfliktusos, anyjához való kötődése túlzott.
Vélemény: neurotikus előtörténetű, pszichopátiás személyiségalakulás. Fiatalkori gyógyszermánia, öngyilkossági válságállapotok lehetőségével.
A kórházban való tartózkodása első heteiben erélyes nyugtatókat kapott, majd fokozatosan csaknem minden gyógyszert elhagytunk és pszichoterápiásan foglalkoztunk vele. Az osztály kollektívájába beilleszkedett. Kibocsátásakor olyan munkahelyet javasoltunk, ahol környezete befogadja, nem tesz megjegyzéseket hosszú haja és hippis öltözete miatt. Talált is ilyen munkahelyet, munkájával meg voltak elégedve. Ellenőrzésekor elmondta, hogy Parkant, ragasztót, gyógyszert nem fogyaszt, de több hónapon át nagy mennyiségben ivott alkoholt (esetenként napi 3—4 liter bort). Járóbeteg pszichoterápiás foglalkozások után az alkoholizálást is jelentősen csökkentette. 1977 elején megnősült.

(2) 17 éves fiú, két alkalommal feküdt osztályunkon. Apja műszaki értelmiségi, anyja orvosírnok. Apja és egy fiatalabb testvére egészségesek. Anyja neurotikus. Születési károsodásra utaló adat nincs. Gyermekkorában skarlát, kanyaró és májgyulladás miatt kezelték. 16 éves korától inhalál *ragasztószereket.* Miután néhány esetben járóbetegként foglalkoztunk vele, a „ragasztózást" átmenetileg abbahagyta. A középiskolából időközben kizárták. Korábban közepesen tanult, a kizárást megelőzően félévkor két tárgyból megbukott. Az iskolából való eltávolítása után vettük fel osztályunkra.

Felvételi állapot: hosszú hajú, elhanyagolt külsejű, fiatal férfi. Közepesen fejlett, sovány. Bőre halvány. Belgyógyászati, idegrendszeri eltérés nincs. A kérdésekre nehézkesen, bizonytalanul válaszol. Tudata tiszta, jól tájékozott, egyénisége megfelelően fejlett. Alaphangulata nyomott. Otthonában és az iskolában súlyos beilleszkedési zavarokkal küzd.
Pszichológiai vizsgálat: átlagon felüli értelmi színvonal. Serdüléses válságállapot jelei a személyiségvizsgálatokban. Túlfeszített tudati élet, irreális gondolkodás. Érzelmi életére jellemző az ellentmondás, a tekintéllyel szembeni

megoldatlan konfliktusos feszültség. Súlyos zavarok az ideálképzésben. Laza, nem alkalmazkodó, visszafejlődő elemekkel jellemezhető viselkedés. Szüleivel való kapcsolata súlyosan konfliktusos.

Vélemény: kritikus serdüléses válság, melynek talaján a gondolkodásban és életvezetésben megnyilvánuló irrealitás a jellemző. Fiatalkori toxikománia. Kóros személyiségfejlődés valószínű.

A kórházban való tartózkodása alatt a betegekkel nem létesített kapcsolatot, a pszichoterápiás foglalkozásokon is nehezen volt megközelíthető. A beszélgetések során elmondta, hogy a középiskolában nem érezte jól magát, nem szeretett tanulni. Lányokkal nem foglalkozott, néhány osztálytársával tartott kapcsolatot, akikkel filmekről, könyvekről beszélgettek. Szabad idejében rendszerint komolyzenét hallgatott. Néhány évvel korábban rendszeresen úszott, de mivel nem tartotta magát tehetségesnek, az úszást abbahagyta. Szüleivel nem volt jó a kapcsolata, úgy érezte, hogy mióta problémák vannak vele, a szülei közötti kapcsolat is romlott. A ragasztószerek alkalmazásakor kellemes, bódult állapotba került. Ebben az állapotban „másnak" látta környezetét, mint az „átlagember". Vizsgálatkor erről az volt a véleménye, hogy ilyenkor — valószínűen az inhalálás hatására — bár ugyanazt hallja és látja, mint mások, a részletek jelentőségét „másnak" értékeli.

A kórházból való kibocsátásakor ígéretet tett, hogy a „ragasztózást" abbahagyja, ősszel új iskolába iratkozik be, és leérettségizik. Járóbeteg-ellenőrzésekre rendeltük be, de ezeken nem jelent meg. Második alkalommal mintegy fél évvel később vettük fel a kórházba. E fél év alatt is folytatta a „ragasztózást". Megjelenése feltűnőbb, elhanyagoltabb volt. Harmadik napja csavargott, nem járt iskolába. Az iskola igazgatója jóindulatúan kezelte a problémát, a szülőkkel közös beszélgetést ajánlott fel, de erre ő nem ment el.

Ismételt felvételekor lehangolt, szorongó magatartású. Motivációszegénység, autisztikus magatartásmód mutatható ki. Sodródás észlelhető a nonkonformista társaságok felé. Régi iskolatársaival kapcsolata megszűnt. Új iskolájában nem érzi jól magát, kifogásolják magaviseletét. A tanárokkal szemben passzív, úgy érzi, hogy mellőzik. A tanulás nem megy, sajnálja rá az időt. Részben azért

„kábítja" magát, hogy ne kelljen tanulnia. Kóros életszemlélet, irrealitás, passzivitás jellemző rá. Úgy érzi, hogy a kötelességteljesítés megfosztja őt az egyéni szabadságtól, élményektől esik el. (Anyja elmondta, hogy otthon sem illeszkedik be, indulatkitörései vannak, egy alkalommal kést emelt apjára.) Anyjával szemben is agresszív, aki fél tőle. Sokat van távol, éjszakára is kimarad. Szülei félnek hogy bűnözők, vagy homoszexuálisok közé kerül.

A második kórházi kezelés után másfél évvel szerves oldószer hatása alatti állapotban magánlaksértést és garázdaságot kovetett el: felkeresett egy ismerős lányt, de az nem akarta beengedni a lakásba. Hangoskodására a lány apja is megjelent, szóváltás után megütötte őt és a berendezésben is kárt tett. E cselekménye miatt 8 hónap felfüggesztett szabadságvesztésre ítélték. Anyja elmondása szerint 6 órás munkaidőben dolgozik, továbbra is előfordul, hogy napokra kimarad, változatlanul ragasztózik. Néhány hónap múlva éjszaka kábult állapotban hozták be a kórházba, mivel nyilvános helyen botrányt okozó módon „ragasztózott". Amikor néhány óra múlva kábultsága enyhült, az ügyeletes orvosnak megígérte, hogy másnap felkeresi az osztályt, de azóta nem jelentkezett.

Összefoglalás: a családi környezet (önmagával szemben igényes, munkájában képzett, megbecsült apa; neurotikus, aggodalmaskodó, kétségbeesésre hajlamos anya) lényeges szerepet játszhatott az egyébként jó képességű gyermek korai neurózisa, majd a toxikomániája kialakulásában. Miután 16 éves korában elkezdte a szerves oldószerekkel való visszaélést, az a típusos kép alakult ki, ami jellemzi a fiatalkori toxikomániások életútját: szembekerül a családjával, majd az iskolával, és a „felnőttek világával" is. A több alkalommal megkísérelt járóbeteg- és kórházi kezelés után minden esetben néhány nap múlva visszaesett, majd bűncselekményt is elkövetett.

(3) A *24 éves férfi* 1976. január—február hónapban öt hetet, majd 1976. július—augusztus hónapban 8 napot töltött osztályunkon. Apja felelős beosztásban dolgozik, egészséges. Anyja állatorvos, ideges panaszai vannak. Szülei el-

váltak, anyja nevelte. Egy féltestvére van, egészséges. A középiskolából botrányos viselkedés miatt eltávolították, tanulmányait más iskolában folytatta. Jeles érettségi után a Közgazdasági Egyetemre iratkozott be, de egyetemi tanulmányait a második évben abbahagyta. (Magatartási zavarok, „ragasztózás" miatt eltanácsolták.) Állandó munkahelye nincs. Olvasgat, filozófiai kérdésekről „írogat". 1972-ben megnősült, de 1974-től külön él feleségétől.

Felvételi állapot: közepesen fejlett és táplált. Belgyógyászati, idegrendszeri, szervi eltérés nem mutatható ki. Elmeállapot: tudata tiszta, időben, térben tájékozott, a kérdésekre bőbeszédűen válaszol. Alaphangulata emelkedett. A vizsgálat során több alkalommal filozófiai kérdések fejtegetésére tér át.

Első kórházi kezelését megelőzően 3 évvel kezdte el a „ragasztózást". Ismert alakja a belvárosi és a Batthyány téri fiatalokból álló csoportoknak. Saját magát a „szipusok királyának" tartja. Mintegy 20 esetben szállították be mérgezéses állapotban a Korányi Kórházba. Kezelték az Országos Ideg- és Elmegyógyintézetben, továbbá az Elmegyógyászati Klinikán is. Váltakozva hol anyjánál, hol nagyanyjánál lakik. Elmondása szerint anyját szereti, de néha gyűlöletet érez iránta, több ízben meg is ütötte. Anyját hibáztatja, hogy élete így alakult. Ismételgeti, hogy gyermekkora nagy részét az utcán töltötte, az „utca nevelte".

A ragasztó magasrendűségéről és értékéről meseszerű, zavaros elméleteket, magyarázatokat ad elő. Szerinte „kozmikus magasságokba emeli, átlényegíti, könnyeddé és szárnyalóvá teszi".

A szerves oldószerekkel való visszaélés káros hatásait nem fogadja el. Morbid elképzelésekkel igyekszik bizonyítani, hogy a szervezet hogyan védekezik az ártalmak ellen.

Mindezt „tudományos" szóhasználattal, téves oksági magyarázatokkal egészíti ki. Meggyőzés, érvelés hatástalan, viselkedése gyakran agresszív színezetű. A kórházi osztály rendjébe nem tud beilleszkedni, minden figyelmeztetést elutasít.

Pszichológiai vizsgálat: jó értelmi képességek. Különc, extravagáns érdeklődés. Súlyosan pszichopatizálódott sze-

mélyiség. Éngyenge, gátlástalan magatartású, viselkedése gyerekes, agresszív. Önkényes, irreális gondolatszövés, életvezetése fellazult, távolabbi célok nem fogalmazódnak meg. Kapcsolati igénye gyenge, a kötöttségeket visszautasítja. 1980 elején több hónapig vidéken csövezett. Utána fizikailag és pszichikailag kétségbeejtő benyomást keltve jelentkezett. Úgy tűnt, mintha már napok óta nem táplálkozott volna. Tanácsunkra befeküdt az Országos Ideg- és Elmegyógyintézetbe. Kibocsátása után nem sokkal, túladagolás *(benzin)* miatt tudatvesztéses állapotban toxikológiai osztályra került, de már nem lehetett rajta segíteni. Meghalt.

Összefoglalás: közel tíz évig volt visszaélő. A pszichiátriai klinikán és több kórház idegosztályán kezelték, jelenlegi adottságaink mellett azonban nem volt megmenthető.

(4) 20 éves férfi. Anyai nagyanyja elmebeteg volt, anyja gyenge idegrendszerű. Apja egészséges. Két testvére közül az egyik egészséges, a másik gyengeelméjű. Gyermekkorában skarlát miatt kezelték.

A középiskolában nem jelentett számára gondot a tanulás, kitűnő tanuló volt. Külföldön folytatta tanulmányait, közgazdaságtani kibernetikát tanult. Csak egy évig tudta folytatni a megkezdett tanulmányokat, közben ugyanis erélyes hatású kábítószereket ismert, illetve szokott meg. A tanulást egyre jobban elhanyagolta, majd teljesen beszüntette az egyetemi foglalkozások látogatását. Gyakorlatilag egész tevékenysége a kábítószerek *(ópium, morfin, hasis)* megszerzésében és a velük való visszaélésben merült ki. Mivel tanulmányait nem folytatta, vizsgáival elmaradt, vissza kellett jönnie Magyarországra. A határon a vámszervek hasist találtak nála, emiatt eljárás indult ellene. Cselekményéért mindössze írásos figyelmeztetésben részesült. Egy ideig még alkalma volt arra, hogy külföldről hasishoz jusson. Miután a lehetőségei megszűntek, különböző nyugtatókat és altatókat szedett nagy mennyiségben. Hamisított recepttel morfint is szerzett. A Budapest környéki mezőgazdasági területeken mákföldeket keresett, s ilyen módon is hozzájutott nyers ópiumhoz. Megismerkedett a gyógyszert

szedő, receptet hamisító fiatalok egy csoportjával, előttük külföldi tapasztalatai miatt komoly tekintélyre tett szert. Ebben az időben napi 60 tabletta *Codeint* szedett. Amikor osztályunkra került, kábítószerrel való visszaélés miatt ismét eljárás volt ellene.

Felvételi állapot: első alkalommal 1975 júliusától 77 napot, majd 1976 februárjában 4 hetet, végül 1976. április 1-től ismét 4 hetet töltött osztályunkon. Első befekvéskor fizikailag erősen leromlott állapotban vettük fel. A vegetatív izgalmi tünetek elvonási tünetegyüttes fennállása mellett szóltak. A jobb felső végtagon — egy korábban önmagának adott intravénás injekció utáni — idegsérülés jelei voltak láthatók. Magatartása szertelen. A feltett kérdésekre készségesen és bőbeszédűen, a lényegtől elkalandozva válaszol. Tudata tiszta, jól kifejezett. Intellektusa mérsékelt fokú hanyatlást mutat. Életvezetésére a kábító hatású készítmények minden áron való megszerzésére való törekvés nyomja rá bélyegét. Érzelmileg labilis.

Pszichológiai vizsgálat: értelmi színvonala életkorának, iskolázottságának megfelelő, de mérsékelt fokú hanyatlás mutatkozik. A személyiségvizsgálatok pszichopátiás irányú személyiségalakulást jeleznek. A pszichés szabályozás színvonala fellazult. Kifejezetten tartás nélküli éngyenge viselkedés, a megváltozott körülményekhez való alkalmazkodás, magatartás készsége fejletlen. Érzelmi életében az elsodorhatóság, a hangulati labilitás a jellemző. A pszichés feszültségek feldolgozásának fejlettebb formái kialakulatlanok személyiségében. Szorongásos feszültségeit elidegenítő, önkényes értékképzéssel, a viselkedési formák visszafejlődő lazulásával oldja. Törekvései, élettervei körvonalazatlanok. Szexuális irányultságában rejtett homo-, ill. biszexuális tendenciák vannak.

A kórházból való távozása után kábítószerrel való visszaélés minősített esete miatt több hónapot börtönben töltött. (A bíróság ítélethozatalkor figyelembe vette igen rossz idegállapotát, s a Btk. megfelelő szakasza által megszabott büntetésnél jelentősen enyhébb büntetést kapott.)

Szabadulása után jelentkezett idegosztályon, s elmondta, hogy szabadságvesztése alatt mezőgazdasági munkát végzett, jól érzi magát, fizikailag megerősödött, nem szed

gyógyszert. Már ekkor az volt a benyomásunk, hogy gyógyszerhatás alatt áll. Ismételt kérésekre megmutatta a nála lévő mintegy 20—30 tabletta *Noxyront*. Ismét foglalkoztunk vele, megígérte, hogy elhelyezkedik, s felhagy a gyógyszervisszaéléssel.

Műszaki rajzolói állást kapott, de jelzéseink voltak arra vonatkozóan, hogy továbbra is visszaél gyógyszerrel. Egy alkalommal összevert állapotban jött be az osztályra, s azt állította, hogy az előző napon 23 óra körül (!) metróval ment haza, s a Batthyány téri megállóban többen megtámadták, megverték, óráját, pénzét elrabolták. (Nem tett feljelentést.) Ezt követően néhány évig nem hallottunk róla. 1981. júliusában apja erőszakkal hozta be az osztályra. Elmondta, hogy néhány hete valamilyen munkahelyi konfliktusra hivatkozva nem dolgozik, de már január óta napi 20 tabletta *Hydrocodint*, 20 tabletta *Noxyront* szed és alkoholizál. Felvette kapcsolatait régi társaival, illetve újakkal ismerkedett meg. Befeküdt az osztályra, ismét pszichoterápiás kezelést kezdtünk. 3—4 hét múlva bocsátottuk haza. Ígéretet tett, hogy számítástechnikai esti iskolába iratkozik be, s munkahelyén is jelentkezik, továbbá, hogy bejár gondozásra. Kibocsátása óta nem jelentkezett, s csak később tudtuk meg, hogy kimenetele napján egyik betegtársától 500 forintot vett fel azzal, hogy még aznap kvarcórát és külföldi cigarettát hoz érte. Nem tett eleget ígéretének, napokig hívtuk telefonon, de sem ő, sem szülei nem vették fel a telefont.

Vélemény: pszichopátiás személyiségvonásokkal jellemezhető, éngyenge személy. Súlyos fokú fiatalkori toxikománia, kriminális veszélyeztetettség.

A terápiás foglalkozások alkalmával rejtőzködő, óvatos magatartása lassan oldódott, fokozatosan belátta magatartásának etikai hiányosságait. Ezzel egyidőben azonban szorongása, nyugtalan magatartása átmenetileg fokozódott. Intelligenciaszínvonalának, értelmi képességeinek hanyatlását szubjektíve megélte, és a más irányú terápiás foglalkoztatása alkalmával jelentkező szóródottsága, figyelemzavara érzelmileg elemi erővel vették igénybe. Életvezetésére, kapcsolataira irányuló realitásérzéke több irányban javulást mutatott, de irreális elképzelései miatt önáltató, felelősséget nem vállaló viselkedés is tapasztalható volt nála. A kórházból való kibocsátásai után, a bekövetkező visszaesések alkalmával tisztázható volt,

hogy a toxikomániás életvezetést, bár megértette annak torz jellegét, alapjában elfogadhatónak tartotta. Hivalkodóan mondta el több alkalommal, hogy külföldi tapasztalatai alapján e téren „abszolút tekintély, jóformán király".

Feltételezésünk szerint a mélyebb etikai érzelmi áthangolás csak életvezetése fokozatos alakításával párhuzamosan, további hosszabb pszichoterápiás gondozás mellett képzelhető el.

Összefoglalás: nagyanyja elmebetegsége, anyja súlyos neurózisa, gyengeelméjű testvére eleve sérülékeny idegrendszerre utalnak. E talajon és a családi miliőben alakulhatott ki pszichopátiás személyisége, majd súlyos toxikomániája.

(5) 16 éves leány. Apja szellemi munkát végez, egészséges. Anyja munkája is komoly igénybevétellel jár, egészséges. Családi terheltség nincs. Születése és fejlődése rendes volt. 12 éves korától esetenként dacreakciók voltak észlelhetők. Az iskolában kezdetben eredményei jók voltak. A kötelező tárgyakon kívül négy nyelvet tanult, sokat olvasott. 14 éves korától teljesítményei fokozatosan hanyatlottak, érdeklődése beszűkült. Viselkedését ekkor már gátlástalanság, agresszív megnyilvánulások jellemezték. Öltözködését elhanyagolta, ápolatlan benyomást keltett. Konfliktusai támadtak az iskolában is. Hangulatilag labilis, többnyire levert volt. Néhány esetben nagyobb mennyiségben fogyasztott alkoholt. Ebben az időben gyógyszerrel öngyilkosságot kísérelt meg. Később e cselekményét bagatellizálta.

Kórházi felvételét megelőzően mintegy fél évvel, ideges panaszaira különböző nyugtatókat kapott, ezeket időnként az előírtnál jóval nagyobb mennyiségben szedte. Ebben az időben kezdett ragasztó anyagokat szívni, esetenként *Parkant* is szedett. Társasága a belvárosi hippik közül került ki, tőlük tanulta meg a ragasztók használatát. Hasonlóan elhanyagoltan öltözködött, mint társasága. Magatartását zavaros ideológiával igyekezett saját maga számára is elfogadhatóvá tenni. Szüleivel való kapcsolata romlott, bár látszólag elfogadhatónak tűnt. Partnere egy közveszélyes munkakerülés miatt már elítélt fiatalember volt, aki két társá-

val együtt — kábult állapotában megerőszakolta. Tulajdonképpen emiatt kérték szülei kórházi felvételét, e körülményt azonban elhallgatták (!), csak a „ragasztózásról" számoltak be.

Felvételi állapot: kórházi felvételekor (1974 március) belgyógyászati, ideggyógyászati szervi eltérés nem volt kimutatható. Erősen gátolt, lehangolt, de végül is elmondja a ragasztókkal kapcsolatos élményeit. Magatartása feszültséget árul el. A kérdésekre alig válaszol. Tudata tiszta. Tájékozottsága megtartott. Egyénisége megfelelően fejlett.

Felvétele napján este — hálóingben és kórházi köntösben — megszökött, másnap apja hozta vissza. Mindössze 12 napot töltött a kórházban, nehezen illeszkedett be. Szülei az iskolai mulasztás hátrányaira való hivatkozással, tanácsunk ellenére kérték kibocsátását. Járóbeteg-ellenőrzésen nem jelentkezett.

Ellenőrzésünk alatt álló baráti körétől tudomásunk volt arról, hogy tovább folytatta a ragasztó anyagokkal és a *Parkannal* való visszaélést, ismét öngyilkosságot kísérelt meg, utána zártosztályi kezelésben részesült.

Pszichológiai vizsgálat: átlagon felüli értelmi színvonal. Feszült, neurotikus személyiségállapot. A szorongásos feszültség szintje alacsony. Ennek hátterében önértékelési bizonytalanság, kapcsolati zavarok és az ideálképzés sikertelensége húzódik. Kérdezése során önkényes, irreális értékrend, élvezeti törekvésekkel átitatott fantáziavilág tárul fel. Viselkedésében modorosság, fékezetlen, alkalmazkodást elutasító elemek keverednek, melyek részben eltúlzott lázadásnak, részben kóros irányú személyiségalakulás kezdetének foghatók fel.
Vélemény: feltehetően neurotikus előtörténetű, feszült, serdülőkori személyiségkép. Nyugtalan, elutasító magatartása, önkényes, irreális értékrendje, váratlan, veszélyeztető helyzetmegoldások lehetősége miatt pubertáskori válságállapot valószínűsíthető, de a kóros irányú személyiségfejlődés sem zárható ki.

Összefoglalás: felelős munkát végző, elfoglalt szülők egyetlen gyermeke. Szülei a tehetséges, szorgalmas gyermekkel szemben részben túlzott igényekkel léptek fel, részben magára hagyták. 14 éves korától magatartási zavarok jelentkeztek, ekkor már kapcsolatban állt toxikomán fiatalokkal, hamarosan ő is kipróbálta, majd megszokta a drogokat. Magatartása tovább romlott, a személyiségfejlődés kóros irányba tolódott el. A kórházból való kibocsátás után változás nem következett be, viszonylag rövid idő eltelte után elmeosztályra került.

(6) 35 éves férfi. 1972-től hét alkalommal feküdt osztályunkon. Családi terheltségre utaló adat nincs. Korábban súlyosabb betegségben nem szenvedett. Ötéves koráig nagyszülei nevelték, serdülőkorban került vissza szüleihez. Apja a második világháború során életét vesztette. Az általános iskola elvégzése után vájár lett, majd katonai szolgálata után BM állományba került. Nős, felesége 9 évvel fiatalabb. Felesége elmondása szerint családi életük férje gyógyszerszedéséig kiegyensúlyozott volt.

1967-ben főiskolai tanulmányok végzése ideje alatt kimerüléses, szorongásos ideggyengeség miatt kezelték. Állapota javulása után is nagy mennyiségben kellett (?) nyugtatókat, altatókat szednie: *Seduxent, Andaxint, Etovált, Hypnovált.*

Felvételi állapot: 1972-ben történt első felvételekor aluszékony, járása bizonytalan, beszéde elkent. Igen kifejezett tenyéri és talpi izzadás, pilla- és kézujjremegés észlelhető. A megfigyelés második napján súlyos szorongással, érzékcsalódásokkal, hőemelkedéssel járó delírium[36] alakult ki. E napon két alkalommal észleltük eszméletvesztéses nagyroham lezajlását. A következő napon a delírium enyhült, az aluszékonyság és érzékcsalódások megszűntek. Verejtékezés, remegés, szapora szívműködés, végtagzsibbadás, szorongás, feszültség még észlelhető volt. E tünetek kezdetben nyugtatókkal alig voltak csillapíthatók, s csak mintegy két hét múlva szűntek meg. Feszültségérzés, alvászavar még ekkor is fennállt.
Kibocsátása után mintegy 3 hónapig panasz- és tünet-

mentes volt. Ezt követően újból szedni kezdte a nyugtatókat és altatókat, s fokozatosan egyre kábultabb, aluszékonyabb lett. Felesége állásban volt, s így nem tudta ellenőrizni, hogy honnan jut ismét gyógyszerekhez. Négy hónap múlva került be ismét kórházunkba az előbbihez hasonló állapotban.

1973-ban, 36 éves korában, ismételt kórházi kezelés után nyugállományba került. Ekkor már szívizomkárosodást is kimutattak és a vizsgálatok alapján toxikus eredetű agyvelői károsodás is bizonyítható volt.

Pszichológiai vizsgálat: átlagos értelmi színvonal. Értékelhető szellemi hanyatlás mutatkozik, organikus hátterű funkcióromlások jeleivel. Feltehetően szorongó, a helyzeti feszültségek robbanékony elvezetésére hajló személyiség. Súlyos neurotikus állapotát a szorongásnak való kiszolgáltatottság jellemzi. Mivel fejlettebb feszültségcsökkentő mechanizmusok ezt nem szabályozzák, viselkedését a szorongás azonnali levezetésére való törekvés jellemzi. Fokozatosan beszűkülő, csekély kapcsolati igénye miatt elmagányosodó személy.

Vélemény: szorongó, labilis, neurotikus személyiség. Éngyengesége, csökkent pszichés ellenállása miatt fokozatosan pszichopatizálódott. Súlyos mértékű toxikománia, melyet *hipochondriás*[37] színezetű befeléfordulása is súlyosbít.

Feleségétől szerzett adatok alapján élettere fokozatosan beszűkült. Felesége KÖZÉRT-ben dolgozik, ha nincs kórházban, férje is segít neki. Munkáját ott ellátja, de „szemmel kell tartani, nehogy felkeresse a közeli gyógyszertárat". Szabad idejét otthon tölti, barátai, ismerősei nincsenek. Kevés beszédű, ő maga alig kezdeményez beszélgetést, kérdésekre is csak szűkszavú válaszokat ad. Néhány napos hétvégi hazabocsátásoktól eltekintve öt hónapot töltött a kórházban, majd 1978-ban ismét felvételre került. Kezdetben csak erélyes nyugtatókkal tudtuk szorongásait, nyugtalanságát enyhíteni. Később a pszichoterápiás kezelés intenzitásának fokozása mellett gyógyszereit jelentősen csökkentettük.

Összefoglalás: bár apját korán elvesztette, s csonka családban nőtt fel, 30 éves koráig beilleszkedett környezetébe, magatartása nem volt feltűnő. Főiskolai tanulmányai

során szorongásos ideggyengeség miatt kapott nyugtatókat, altatókat, s ezeket megszokta. A szorongásos panaszok enyhülése után is folytatta a gyógyszerek szedését, visszaélés alakult ki. Öt év alatt fokozatosan emelte a gyógyszerek napi mennyiségét, s az első kórházi felvételekor — ezek megvonásakor — delirózus állapotba került. Az ismételt — 1—2 hónapos — kórházi kezelések után minden esetben visszaesett.

(7) 49 éves nő. 1975 októbere és 1977 márciusa között öt alkalommal feküdt osztályunkon. Anyja agyvérzésben halt meg, apja évek óta ágyhoz kötött beteg. Családi terheltségről nem tud, születése, fejlődése normális volt. Korábbi komolyabb szervi megbetegedés előfordulásáról nem tud. Férje felelős beosztású, elfoglalt. Három felnőtt gyermeke van, egészségesek.

Első alkalommal 1971-ben belgyógyászati kivizsgálása során tisztázódott, hogy toxikomán, stimulálókat és koffeint fogyasztott nagyobb mennyiségben. A stimulálószereket fogyókúra céljából kapta, majd állandóan növelte a napi mennyiséget. A belgyógyászati osztályon szívizom-károsodást, magasvérnyomás-betegséget és kezdődő cukorbetegséget állapítottak meg. A kórházból való távozása után családja beszélt körzeti és az ideggondozó orvosával, akik ettől kezdve stimulálószert nem írtak fel. Ettől az időtől szokott rá altatók szedésére, melyeket nappal is fogyasztott, időnként nagy mennyiségben.

Felvételi állapot: Osztályunkra való első befekvésekor lehangolt, életuntságról számol be. Egyetlen vágya, hogy hagyjuk aludni. Férjét „rendesnek" mondja, gyermekeire neheztel, mivel nem segítenek neki a háztartás ellátásában, sőt egyes hétvégeken unokáival is neki kell foglalkoznia. Emellett idős, súlyos beteg apja ellátása is az ő feladata. Szervi idegrendszeri eltérés nem mutatható ki. *Pszichológiai vizsgálat:* átlagon aluli értelmi színvonal. Komoly mértékű szellemi hanyatlás. A vizsgálat alapján szervi, agyvelői károsodás feltételezhető. Személyiségvizsgálata a személyiség fokozott beszűkülését mutatja. Hangulata levert színezetű, valószínűnek látszik a visel-

kedés negatív irányú romlása. Ez főleg az érdeklődés elsekélyesedésében, a tevékenység csökkenésében, továbbá a kapcsolatteremtés és kapcsolati igény fokozott hanyatlásában mutatkozik meg. Fennálló öngyilkossági késztetés a vizsgálat során nem mutatható ki, de csüggedt állapota megteremtheti ennek feszültségi hátterét.

Vélemény: mentális hanyatlással járó negatív irányú személyiségalakulás. A jelenlegi kép alapján a személyiség előtörténete nem követhető nyomon. A személyiségnívó csokkenése, az öngyilkossági válságállapot valószínűsíthető.

Az 1975-ös első idegosztályi felvételét követően néhány hétig, volt gyógyszermentes, illetve nappal nem szedett altatót. A későbbiek során gyakran visszaesett, nagyobb adagok bevétele után több esetben találták otthon mély álomban. Sor került toxikológiai osztályra való szállítására is.

Összefoglalás: az izgató készítményekkel, majd az altatószerekkel való visszaélést személyiségi adottságai mellett családi környezete magyarázhatja. Évek óta háztartása ellátása mellett súlyos beteg apja ápolása terheli. Férjétől, gyermekeitől segítséget nem kap. A gyógyszerek segítségével kiváltott „különleges állapotok" jelentik számára a kilátástalan helyzetből való menekülés egyetlen lehetőségét.

Az ismertetett esetek közül az első öt fiatal, illetve fiatal felnőtt. Példájuk igazolja a leírt kiváltó okok és motívumok jelentőségét. Olykor szerepel a családban elmebetegség, öngyilkosság, toxikománia. A csonka család mellett gyakori a látszólag harmonikus család, amely azonban nem képes betölteni feladatát a gyermek személyisége, azon belül érzelmi élete fejlődésében. Előfordul a pubertáskorban induló magatartászavar. A csoportokkal való találkozás motívumként szerepel. Minden ismertetett betegnél korán induló neurózis vagy magatartászavar állt fenn. Általánosan elfogadott, hogy *a harmonikus, megfelelő környezetben nevelkedő egészséges gyermek vagy fiatal, ha ki is próbálja valamelyik drogot, nem lesz toxikomán.* Ennek biztos megítéléséhez azonban további vizsgálatok szükségesek.

A közölt esetek elemzése igazolja azt a korábban ismertetett véleményt, hogy *a függőség kialakulásától kezdve a toxikomán fiatalok személyiségének változásai messzemenően hasonlóan zajlanak le.*

A fiataloknál és fiatal felnőtteknél minden esetben végeztünk *EEG* és levegőbefúvásos *RTG* vizsgálatot is, ezek eredménye negatív volt.

Az ismertetett két felnőtt toxikománná válása ugyancsak a korábban leírt módon következett be, neurózis, szorongás miatt adott nyugtatók megszokásáról, illetve fogyókúra során szedett stimulálószerektől való függővé válásról volt szó.

A felnőtt toxikománoknál az *EEG* és levegőbefúvásos *RTG* vizsgálat a klinikai képet alátámasztó agyvelői károsodást mutatta.

A kórházban töltött idő széles határok közötti változására és az ismételt kórházi felvételek okaira a toxikománia gyógykezelésével foglalkozó fejezetben visszatérünk.

IV. Fejezet

KÁBÍTÓSZEREK, GYÓGYSZEREK, EGYÉB ANYAGOK

Az alapfogalmak tárgyalását követően a toxikomániában szerepet játszó *anyagok* felsorolásakor csak a legfontosabb részletek ismertetésére van lehetőség.

A szakirodalom megkülönböztet túlzott gyógyszerfogyasztást (farmakománia) és olyan fokú drogfüggőséget, amely már a társadalomra is veszélyességet jelent (toxikománia).

E fejezetben gyakorlati okok miatt nem a WHO által elfogadott sorrendben tárgyaljuk az egyes anyagokat, hanem a közismert kábítószereket követően foglalkozunk a gyógyszerekkel, majd az egyéb anyagokkal.

1. ÓPIUM ÉS ÓPIÁTOK

Az *ópiumot* az ún. ópium-mákból nyerik. Ennek a kultúrnövénynek az ópiumtartalma éghajlati viszonyoktól, talajviszonyoktól és a termesztés módjától függ. Ezért az ópium pontos elemzése alapján következtetni lehet eredetére.

Mákból — hagyományos módon — úgy nyerik az ópiumot, hogy a mákgubót — virága lehullása után tíz nappal — haránt irányba bemetszik, a metszés helyén tejszerű nedv szivárog ki, mely a levegőn megszárad. A száradás során megbarnul és megkeményedik. E barnás színű masszsza a *nyers ópium*. A nyers ópiumot gyűjtik össze és ún. ópiumkalácsba gyúrják. További szárítás után barnás szí-

ne még sötétebb lesz, külső felülete kemény, törékeny, belseje viaszos, képlékeny. Jellegzetes szaga az ammónia szagára emlékeztet, íze keserű. A levegő nedvességét magába szívja, ezért saját leveleibe vagy műanyag tasakba csomagolják. A fogyasztókhoz korong, pálcika, ópiumkalács vagy tömb formájában kerül. Az ópium több alkaloidot[58] tartalmaz, közülük legfontosabb a *morfium*. Ennek erősségi foka nem egyforma, általában 5—15% között változik.

Alkalmazásának módja változatos: más anyagokkal keverve — különösen Ázsiában és Észak-Afrikában — teában isszák vagy ételben fogyasztják. Egyik legjellegzetesebb alkalmazása a szívás. Főzés vagy erjesztés után válik szívásra alkalmassá. A szívás céljára alkalmazott nyers ópiumot *Chandu-nak* nevezik, morfintartalma magasabb mint 12%.

Ma már leginkább csak Ázsiában találkozunk ópiumszívással. A szívás úgy történik, hogy az ópiumot csipesszel megfogva láng felett melegítik, majd gőzeit pipából szívják. A szívást jellegzetes, édeskés szag kíséri. Az utolsó néhány évtizedben — különösen az Észak-amerikai Egyesült Államokban — vízzel való hígítás után intravénás injekció formájában is alkalmazták.

Az ópiummal való visszaélés — az alkoholtól eltekintve — a *legismertebb toxikománia*. Rendkívül változatos alkalmazása közül az ópium szívása a legkevésbé veszélyes. Tudományosan nem megalapozott, nem elfogadható vélemény, hogy a kelet-ázsiai népek ellenállóbbak lennének az ópiumszívással szemben, mint az európaiak. Még kevésbé képzelhető el, hogy az ópiummal szembeni ellenálló képesség öröklődik. E vonatkozásban talán *Bayer*[39] véleménye áll legközelebb a valósághoz. Szerinte az ázsiai ópiumfogyasztást nem vizsgálhatjuk európai szemmel, és hazai viszonyainkból kiindulva sem vonhatunk le értékítéleteket. Több tízezer ázsiai mindössze 1—2 ópiumpipát szív el naponta, hasonlóan azokhoz a magyar földművesekhez, akik esetleg elfogyasztanak néhány pohár bort. Ázsiában az ilyen mértékű ópiumfogyasztás nem zavarja az illetőket napi munkájuk végzésében, családi életük irányításában. Utalni

lehet arra a körülményre is, hogy az ópiumszívás elsősorban azokban az országokban terjedt el, ahol vallási tilalmak akadályozták az alkohol elterjedését. Az ázsiai ópiumszívás az elmúlt évszázadokban alig különbözött az európaiak dohányzásától. (Megjegyzendő, hogy általában Ázsiában is elítélik a mértéktelen ópiumszívást.)

Ma már Ázsiában is megváltozott a helyzet. Az egyes országok illetékes szervei felismerték az ópiumszívás veszélyeit és lépéseket tettek leküzdésére. A probléma megoldása azonban nem könnyű. Jó példa erre Irán, ahol mintegy 800 évig volt legális az ópiumélvezet.

Az ópium fogyasztásának gazdasági háttere is van. India szolgáltatja a világ legális ópiumszükségletének 50%-át. Ez India külkereskedelmében nem elhanyagolható tényező. Bár India erőfeszítéseket tesz a máktermelés ellenőrzésére, a prevenciót megnehezíti az ópium könnyű hozzáférhetősége. (1974-ben 100 ezerre becsülték Indiában az ópiumszívók számát.)

Burma, Laosz, Thaiföld alig ellenőrizhető, őserdővel borított területein az ópiumtermesztés képezi a helyi törzsek szinte egyetlen bevételi forrását. Bár szakemberek megállapították, hogy e földeken egyéb mezőgazdasági termékek is termeszthetők lennének, a törzsek semmilyen eszközzel — támogatással, büntetéssel — sem bírhatók rá, hogy e területeken mást termeljenek. Az anyagi haszon mellett szerepet játszik az a körülmény is, hogy e törzsek tagjainak jelentős százaléka maga is ópiumszívó.

Az ópiummal való visszaélés lényegét tekintve megegyezik a morfiummal való visszaéléssel. Mint minden visszaélésnél, szerepet játszik a visszaélő hajlama, lelki alkata. A drog hatásai, különösen az elvonási tünetek ismertető jegyei általában azonosak. A visszaélés formájától függően azonban észrevehetők bizonyos különbségek. Az ópium szívásánál a nyers ópiumban levő alkaloidok sajátos összetétele mellett szerepet játszik az a körülmény is, hogy szívással csak bizonyos fokig gyorsítható az ópium szervezetbe való felvétele. Általában közönyösen kellemes állapot alakul ki. További intenzív szívásnál az ópiumszívó félálom-

szerű állapotba kerül, esetleg el is alszik. Ezt az állapotot nem annyira a hallucinációk, mint kellemes álmok, fantáziaképek — közöttük erotikus tartalmúak is — jellemzik.

A depresszió kezelésében ma is alkalmazzák a *Tinctura opii-t*, amely általában nem vált ki visszaélést. Ezt azzal magyarázzák, hogy depresszióban megváltoznak a központi idegrendszer biokémiai folyamatai.

Ópiátoknak nevezzük az ópiumból nyert, különböző mennyiségű morfint tartalmazó vagy morfin hatású gyógyszereket. Ezek a *morfin, etilmorfin* (heroin), *kodein, hidrokodin*.

a) Morfin

Az ópium legfontosabb alkaloidja. Por alakú, az illegális felhasználás céljára leggyakrabban tömb formába préselik. A tisztán előállított morfin fehér színű. Az illegális kereskedelemben gyakran találkozunk sárgás, barnás színű, nem kellően tisztított morfinnal is. Szagtalan, amennyiben szennyezett, savanykás szagú. Nedvszívó tulajdonságai miatt vízhatlan csomagolásban kerül forgalomba.

Különböző ópiumkivonat formájában az ókorban görög, arab és kínai orvosok előszeretettel használták, elsősorban fájdalomcsillapító hatása miatt. Tiszta formában 1803-ban állították elő, szintetikus előállítása csak 1952-ben sikerült. (A szintetikus előállítás költséges, ezért gyakorlati célokra jelenleg sem alkalmazzák ezt az előállítási formát. Több országban — magyar szabadalom alapján — mák-szalmából közvetlenül állítják elő. Gyártásának ezt a módját a WHO is támogatja, mivel így ópium nélkül nyerünk morfint, tehát kisebb lehetőség van arra, hogy ópium jusson a fogyasztókhoz.)

E fájdalomcsillapító a század elejéig a legveszélyesebb kábítószerek közé tartozott. Napjainkban — legtöbb európai országban — jelentősége csökkent. Ez azonban nem jelenti azt, hogy a morfinizmus megszűnt volna. (Az utóbbi években előfordulása ismét nő!)

A morfin és a hozzá hasonló hatású anyagok *összetetten befolyásolják a központi idegrendszer működését*. Az egyes

emberek különbözőképpen reagálnak rá, de alapvető hatásai lényegében megegyeznek. Részben *izgató*, részben *bénító* hatású. Kis adagok fáradtságot, aluszékonyságot váltanak ki, de okozhatnak eufóriát is, mely hatás a kábítószerként való alkalmazás fő alapja. Előfordul, hogy az első bevétel szorongást, rossz közérzetet, kedvetlenséget eredményez. Nagyobb adagok majdnem mindig bénítják a központi idegrendszert. Egészen nagy adagok alvást, a mérgező (toxikus) adagok *mély eszméletlenséget* eredményeznek. Hatásai közül egyik legfontosabb a fájdalomcsillapító hatása. Kis adagok kioltják a fájdalom által kiváltott érzelmi reakciókat: a szorongást, a félelmet, pánikot. Nagyobb adag gátolja a fájdalomérzést. Még nagyobb adag beszűkíti a fájdalom hatására egyébként jelentkező reflexes választ. E hatások kellemesek.

Vannak azonban kellemetlen mellékhatásai is: már terápiás adagok is csökkentik a légzés percenkénti nagyságát, gyakori a hányinger, hányás. A pupilla szűkül, a gyomor, bélcsatorna izomzatának tónusa nő, emiatt tartós szedésnél székrekedés alakul ki.

A morfin típusú drogoknál a pszichikai függőség alapja az ópiumszármazékok sajátságos gyógyszertani hatása: az *eufória*. Ilyenkor az emelkedett érzelmi, hangulati és kedélyállapot megakadályozza, hogy a konfliktusok hatásai és a szorongások érvényesüljenek, ez azonban csak a konfliktusok látszólagos megoldását jelenti.

Minden morfiumtartalmú készítmény fizikai függőséget is okoz. Már néhány órával a drog kihagyása után elvonási tünetek alakulnak ki, melyek 36—72 óra elteltével a legkínzóbbak.

Az elvonási tünetek részben pszichikaiak, részben fizikaiak. Ilyenek:

— a nyugtalanság, ingerlékenység, étvágytalanság, súlyos szorongás, mely öngyilkossághoz vezethet, depresszió, álmatlanság, hallucinációk, delíriumok;
— a könnyezés, orrfolyás, ásítás, tüsszentés, tág pupillák, remegés, hányás, hasmenés, ájulásszerű rosszullétek, görcsrohamok.

Életveszélyt jelentenek a szív működési zavarai, melyek

szabálytalan és szapora pulzusban, a vérnyomás ingadozásában nyilvánulnak meg.

A morfin típusú készítmények hirtelen megvonását követően a leírt tünetegyüttes „elsődlegesnek" nevezhető. Morfinhoz hasonló hatású készítményekkel e tünetek átmenetileg enyhíthetők.

Morfin típusú anyagok esetében a szervezet ellenálló képessége elsősorban a lényeges következményekkel szembeni hatáscsökkenésben nyilvánul meg. A kevésbé lényeges hatások következményei nem változnak meg. Rendszeres morfinszedésnél az ellenállóképesség-növekedés olyan fokot érhet el, hogy a visszaélő a halálos adagnál nagyobb mennyiséget is szed hosszú ideig.

Heveny morfinmérgezésnél különböző fokú tudatzavar lép fel, előfordul eszméletvesztés is. A pupillák maximálisan beszűkülnek. A vérnyomás hirtelen csökken, ez a vérkeringés egyensúlyának felborulását eredményezheti, egyidejűleg jelentősen csökken a pulzusszám is. Viszonylag korán kialakul a légzésközpontok károsodása, emiatt a légzés lassú és felületes lesz, ez tüdőgyulladás veszélyét jelentheti. A vérkeringés és a légzés zavara megnehezíti az agy és a vese oxigénnel való ellátását is. A gyomor-, bélműködés leáll. A felsorolt keringési zavarok külső jelei: sápadt bőr, verejtékezés, puffadt, szederjesen elszíneződött arc (cianózis). A légzés szabálytalan. A halált *idegbénulás* okozza.

Idült morfinmérgezés visszaélőknél figyelhető meg. A bőr fakó, vagy sárgás-szürke színű. Zavarok következnek be a cukoranyagcserében. Emellett vegetatív zavarok is megfigyelhetők, lassú pulzussal, alacsony vérnyomással. Szűk pupillával, a libidó és a potencia hanyatlásával, székrekedéssel, a menstruáció kimaradásával. A központi idegrendszeri zavarok alvászavarban, remegésben, a járás és a beszéd zavaraiban nyilvánulnak meg. Pszichésen: indítékszegénység, az érzelmi élet súlyos zavarai, a személyiség egysíkúsága észlelhető. Megtartott szellemi képességek mellett a gondolkodás ellaposodik, a hangulati állapot változékony, akaratgyengeség, kiszámíthatatlanság jellemző. Végül *„moral insanity"*-nek nevezett pszichés állapot alakul

ki, melyre jellemzőek a *kriminális cselekmények*, elsősorban a morfium törvénytelen megszerzése céljából. *Morfinistáknál tipikus bűncselekmény a recepthamisítás, gyógyszerlopás, sikkasztás.*

A jelenlegi pszichoszociális epidémiában a morfin jelentősége csökkent. Elsősorban egészségügyi dolgozók, továbbá olyan betegek lesznek morfinisták, akik hosszabb ideig fájdalomcsillapítás céljára kórházban kaptak morfiumot. E morfinisták száma viszonylag alacsony, és az egészségügyi, illetve a rendőri szervek előtt ismert személyekről van szó. Azok a toxikománok, akik eleve kábítószerként alkalmaznak morfint, a korábbi szájon át való bevétel helyett rendszerint intravénásan alkalmazzák, így azonnal és tíz-hússzorta erősebben hat.

b) Heroin

Szagtalan, fehér színű kristályos por, hasonlít a porcukorhoz. Íze keserű. Mintegy tízszer erősebb hatású, mint a morfin. Az illegális kereskedelemben ritkán árusítják tiszta formában. Bár előállítása viszonylag egyszerű, primitív, őserdei laboratóriumokban is gyártják, illegális körülmények között általában nem tudják tisztán előállítani. Viszonylag az Ázsiában vásárolt heroin a legkoncentráltabb. Mire Nyugat-Európában vagy az USA-ban a fogyasztóhoz kerül, a bomlás, különösen az ismételt „hígítás" miatt egy-egy adag néha már csak 5% heroint tartalmaz. Az illegális kereskedelemben tejcukorral, kininnel keverik. Egyre gyakoribb, hogy valamilyen barbiturátkészítménnyel kombinálják. A kevésbé tiszta heroin szürke, barnás vagy vörös színű.

Amerikában és Európában gyógyszerként sehol sem használnak heroint, mégis — az USA-ban és Nyugat-Európában — évről évre terjed a vele való visszaélés, egyre többen halnak meg heveny és idült mérgezések, májkárosodás és különösen túladagolás következtében. New Yorkban az 1964. évet követő öt év alatt 500%-kal nőtt a heroin-túladagolás miatt elhalálozottak száma. 1970-ben 1154 volt ez a szám.

A heroin fiatal korosztályok körében való terjedését igazolja, hogy az elmúlt tíz évben több 15 évesnél fiatalabb személy is meghalt heroin-túladagolás következtében.

Bayer tanulmányában néhány fontos körülményre hívja fel a figyelmet. Ázsiában, ahol évszázadokig az ópium volt a legelterjedtebb kábítószer, terjed a heroin. (Általában megfigyelhető, ahol betiltják a mák termesztését, illetve nagyobb figyelmet szentelnek az ópiumcsempészés leküzdésére, ott kerül előtérbe. Így történt ez Hongkongban a II. világháború után, Iránban 1955-ben, Thaiföldön 1959-ben. Iránban állami monopóliumként és ellenőrzött feltételek mellett 1964-től ismét termesztik a mákot.)

Az USA-ban és Nyugat-Európában a heroint csaknem mindenütt intravénás formában alkalmazzák. Ázsiában jelenleg is az inhalációs (szippantás, szívás) formában való alkalmazás a legelterjedtebb, de megjelent és terjed az intravénás adagolás is. Terjed a heroin a pszichoszociális epidémia fiataljainak körében is, csaknem mindenütt intravénás formában.

A Vietnamba küldött mintegy félmillió amerikai katona 10—15%-a volt heroin-visszaélő. A közülük hazatértek még fokozták az USA-ban a heroinprobléma nehézségeit. 1967-es adatok szerint az USA-ban a heroinisták átlagban napi 30 dollárt költenek heroinra. A nyilvántartott heroinistáknál ez csaknem évi 3000 millió dollárt jelent. Figyelembe véve a nyilvántartásban nem szereplő heroinistákat is, jóval nagyobb összeggel kell számolni. Jellemző a heroinkereskedelem bonyolultságára és a benne rejlő üzleti lehetőségekre, hogy ma Ázsiában 4—6000 dollárért megvásárolható egy kilogramm heroin. Ismételt „hígítás" után — napjainkban — több mint egy millió dollárért kerül forgalomba az USA-ban ez a mennyiség.

A heveny *heroinmérgezés* tünetei minőségileg megegyeznek a morfinéval, de erősebbek; a pszichés hatások idült visszaélésnél pusztítóbbak, és a heroin injekciós alkalmazása gyakoribb mint a morfiumé. E körülményben szerepet játszhat az is, hogy a heroin felszippantása vagy a szájon át való bevétele az orr-, illetve szájnyálkahártya gyulla-

dását okozza. A nyálkahártya kiszárad, elhalások is bekövetkeznek. Valószínű azonban, hogy az injekciós alkalmazás oka az, hogy a hatás így sokszorosa a szájon át való bevétel hatásának.

A heroin hatása kifejezettebb a neurotikus, pszichopata embereknél és e hatás mindenekelőtt a vegetatív idegrendszer állapotától függ. A megfigyelések arra utalnak, hogy minden ember heroinistává tehető. Ebben a heroin euforizáló hatása játssza a fő szerepet, tehát az a körülmény, hogy a heroin megszünteti a rossz kedvet és a kellemetlen közérzetet.

Az adag növelése során előfordul aluszékonyság és különböző fokú tudatzavarok is felléphetnek. A libidó és a potencia csökkennek, majd kialszanak. Perverziót keltő hatás nem jellemző.

Heroinistáknál kifejezett lehet a személyiség torzulása, a kriminális cselekmények a heroin megszerzése érdekében, valamint a szociális hanyatlás.

Az elvonási jelenségek súlyosabbak, mint a morfinnál. A jelenségek előterében vegetatív zavarok állnak: kéz-, ujjremegés, verejtékezés, szapora szívműködés, hányinger, hasmenés. A központi idegrendszer részvételére utalnak a görcsrohamok, izomremegés, izomgörcsök, az álmatlanság és delíriumok jelenléte. A heroinisták számára a felsorolt elvonási tünetek mellett legkínzóbbak a rendkívül súlyos nyugtalanság, depresszió, mely öngyilkossági veszéllyel is jár. Hallucinációkkal jellemzett átmeneti elmezavarok csak ritkán fordulnak elő. Heroinista anyák újszülöttei súlyos elvonási jelenségeket mutathatnak, melyek a születés után 24—48 órával léphetnek fel, erős nyugtalanság, remegés, étvágytalanság vagy farkaséhség, izomgörcsök, hányás, hasmenés. Ha nem ismerik fel ezeket az elvonási jelenségeket, az újszülöttek meg is halhatnak.

c) Kodein

Ópiumból kivont alkaloid (0,2—0,8%-ban tartalmaz ópiumot), mely ugyancsak fájdalomcsillapító hatású, de mintegy hatszor gyengébben hat, mint a morfin. A vegetatív

idegközpontok ingerlékenységét jelentősen enyhébben csökkenti a morfinnál, ezért kiterjedten alkalmazzák különböző összetételekben, vagy önállóan köhögéssel járó kórképek kezelésére.

Hazai tankönyvek szerint nem tekintendő kábítószernek. A kodein valóban nem kábítószer a fogalom alapvető kritériumait illetően, de tartós szedése pszichikai és fizikai függőséget eredményezhet. Vannak toxikománok, akik napi *20—60 tablettát* is elfogyasztanak. Idült visszaélés esetében a hirtelen megvonás súlyos elvonási tüneteket okozhat, néha delíriumnak megfelelő állapotot is. Elvonása rendkívül nehéz, hónapokig tart.

d) Hidrokodin

A kodeinhez hasonló fájdalom- és köhögéscsillapító hatású, de emellett javítja a kedélyállapotot. Megszokása gyakoribb, mint a kodeiné, a kialakuló tüneti kép gyakorlatilag megegyezik a kodeinizmuséval.

2. KOKAIN

A *kokaint* a dél-amerikai kokacserje leveleiből vonják ki. *Helyi érzéstelenítő,* mely szájon át, vagy injekcióban alkalmazva izgató hatású. Már a kisebb adag kokain az egész központi idegrendszerre izgató hatású. Az általa kiváltott izgalom legfontosabb tünetei: nyugtalanság, beszédesség, álmatlanság. Kokain hatása alatt emelkedett a testi és szellemi teljesítőképesség. Kis adag kokain bevételkor a mozgások működése még rendezett, de ha az adagot emeljük, elvész a mozgások rendezettsége, remegés, majd görcsök lépnek fel.

A kokain izgató hatása valószínűleg közvetett módon jön létre, a központi idegrendszer gátló működéseinek bénításával.

A központi hatása kitűnik a vegetatív működések változásából is: kis és közepes adagok hatására a légzés gyorsul, a szívműködés szaporább, emelkedik a test hőmérséklete és a vérnyomás. Nagy adagok hatására átmenetileg az anyag központi idegrendszert gátló, tehát depresszív tulajdonságai nyilvánulnak meg, olyan szereknél, melyek a figyelem éberségéért, és a hangulat megfelelő szinten való tartásáért felelősek. Csak igen magas adag bénítja a légzési és keringési központokat. A központi idegrendszer egyes részeinek különböző érzékenysége miatt a kokain izgató és gátló hatásai egymás mellett is érvényesülhetnek. A kokain túladagolása által kiváltott mérgezést általános izgalom jellemzi, melyben előtérben áll a központi idegrendszeri izgalom. Nagyobb adagok görcsöket, majd légzésbénulást, vagy a keringés felborulása által halált eredményeznek.

A kokalevél rágása és a kokainizmus alapvetően különbözik egymástól. A kokacserje és a toxikománia közötti kapcsolatot csak az a körülmény biztosítja, hogy a kokainisták is a kokacserjéből előállított kokaint használják.

A kokacserjét évezredek óta ismerik és fogyasztják Dél-Amerika egyes országaiban. A kokalevél rágása egyébként komplikált művelet, mivel a már részben megrágott kokalevélhez alkalikus kémhatású anyag: mész, növényi hamu vagy kagylóhéjpor szükséges, ami a kokainnak a levélből való felszabadítását segíti elő, amely csökkenti a fáradtságot és az éhségérzést, izgató és euforizáló hatású. Rendszeres használata apátiához, depresszióhoz vezet. Ez magyarázza az inka uralkodók intézkedését, mely szerint katonasággal őriztették a kokacserjéket, nehogy a lakosság mértéktelenül fogyassza. A munkások naponta kaptak egy-egy kokalevelet, hogy ezzel „megkönnyítsék" az igen magas hegyeken végzett nehéz fizikai munkát. E korlátozás azonban csak a lakosságra vonatkozott, az inka arisztokrácia, és főként a papok korlátlanul fogyaszthatták, s így a kokalevél fontos kultikus, ceremoniális szerephez jutott. A spanyol hódítás után a spanyol hittérítők mindent elkövettek, hogy megszűnjön a kokalevél vallási szimbóluma.

Miután azonban felbomlott az inka társadalom szerkezete, a kokalevél hozzáférhetővé vált a nép számára is.

A XVI. századtól vált népszokássá Dél-Amerikában a kokalevél rágása. Jelenleg is piacon árusítják, s az számít kivételnek, ha egy felnőtt férfi nem él vele.

A kokalevél fogyasztása Dél-Amerikában társadalmilag elfogadott, de sem „élvezeti szernek", sem „kábítószernek" nem nevezhető, fogyasztására talán legjellemzőbb, hogy a munkavégzéssel függ össze. Ezt igazolja, hogy nem fogyasztják sem a gyermekek, sem a nehéz fizikai munkát nem végző nők. Objektív alapja van annak a hiedelemnek, hogy egyrészt „kedvet ad a munkához", másrészt fokozza a munkateljesítményt. E hatás hasonlít az amfetamin-készítmények hatásához. Az Andok 3—4000 m-es magasságában dolgozó indiánoknak valóban szükségük van „serkentő szerre". Egyébként az étvágycsökkentő hatása elhanyagolható, hiszen az itt élő indiánok a világ legrosszabbul táplált lakosságát képezik.

A kokaint már az 1880-as évektől használták serkentőként, tehát évtizedekkel a gyógyszerként való alkalmazása előtt. A Peruban gyárilag készült kokain mennyisége 1890 és 1901 között 1730 kg-ról 10 600 kg-ra nőtt.

Ezekben az években a kokain szippantása volt az egyik legelterjedtebb visszaélés. Később terjedt a kokainfogyasztás az Egyesült Államokban, Európában és Ázsiában is. Kína és Japán azonban már nem a dél-amerikai országokból szerezte be kokainszükségletét, hanem a Jávában telepített kokaültetvényekről. Indiában a két világháború között 500 ezerre becsülték a kokainisták számát.

Napjainkban a kokain intravénás alkalmazása a legkedveltebb és leggyakoribb. Egyes jelzések szerint ma a kokaint egyéb kábítószerekkel kombinálva használják. (Gyakori a barbiturátokkal való kombináció, ezzel csökkentik izgató, egyben növelik euforizáló hatását.)

A kokain is, mint egyéb izgató, serkentő anyagok, eufóriát vált ki. Ez a megnövekedett szellemi és testi erő érzésével, továbbá a saját teljesítőképesség túlértékelésével jár együtt. A kokain — egyszeri alkalmazásnál is — hallási, látási és tapintási hallucinációkat vált ki, idült vissza-

élésnél, nagy adagok alkalmazásakor paranoid[10] magatartásmódot hoz létre. Kokainkábulatban az emberek magatartása kiszámíthatatlanabb, mint az egyéb anyagokkal kiváltott kábulatban.

A kokainista ritkán marad meg a kokain mellett, valószínűleg azért, mert igényli, hogy legalább átmenetileg megnyugodjék. Ezért fordul időnként nyugtató hatású drogokhoz (pl. heroinhoz), rendszerint intravénás adagolás formájában. Egyébként ez a módszer számára azért is előnyös, mert így a két anyag euforizáló hatása összegeződik.

A *kokain* visszaélési ereje olyan magas, hogy súlyos *kábítószerként* kell értékelni. Az más kérdés, hogy előállításának és alapanyagának szigorú ellenőrzése miatt a vele való visszaélés viszonylag ritka. (Az utóbbi 2—3 évben ismét terjed!)

Visszaélésszerű használata esetén gyakori az agresszivitás miatti élet és testi épség elleni cselekmény. Nőknél fokozza a libidót, a férfiaknál is nő a szexuális ingerlékenység, a potencia azonban jelentősen csökken, sőt impotencia alakul ki. Az idült kokainistáknál jellegzetes az orr csöpögése, fekélyek az orrban, orrvérzés.

A kokainisták amiatt is komoly veszélyt jelentenek a társadalomra, mivel terjeszteni igyekeznek a kokaint, és a saját kokainjukat átadják, ami különösen azért jellegzetes, mert a kokain beszerzése nehéz és költséges. (Lehet, hogy túlzottnak tűnik a kokainnak ilyen szempontból való összehasonlítása a Magyarországon ismert *Parkannal és szerves oldószerekkel,* de a hasonlat kézenfekvő, s bizonyára pszichológiai alapjai vannak. A *hazai fiatalok is szívesen adnak Parkant vagy „ragasztót" olyan társaiknak, akik még nem ismerik ezeket az anyagokat,* bár időnként ők is nehezen jutnak hozzá. A nagy létszámú csoportokban szinte „kötelező" az osztozkodás.)

3. AMFETAMIN

Ide tartoznak kémiai összetételüket tekintve az amfetaminkészítmények[41], továbbá azok az anyagok, amelyek hatásmechanizmusukat tekintve hasonlítanak az amfetaminhoz.

a) Aktedron vagy Benzedrin

Olyan szintetikus úton előállított tabletták, amelyek a központi idegrendszerre izgató hatásúak, szinte normalizálják a fáradtság által csökkent teljesítőképességet. A teljesítménycsökkenés elsősorban bizonyos egyhangú tevékenységet végzőknél lép fel (pl. kerékpározásnál vagy szalag mellett dolgozóknál stb.), akik monoton tempóban mindössze 1—2 mozdulatot végeznek. E készítmények az összetettebb teljesítményeket lényegesen nem befolyásolják. Izgató és fáradtságot csökkentő hatásuk alapján gátolják az elalvást. Hosszas alkalmazásnál kellemetlen következmény a súlyos alvászavar. A mozgásos működések serkentése és a központi idegrendszeri centrumokban kiváltott étvágycsökkentő hatásuk miatt étvágytalanságot okoznak, ezért egyben a fogyókúrázók közkedvelt szerei.

A központi idegrendszerre ható izgató sajátosságai miatt az alkohol gátló hatását részben felfüggeszti. Érvényes ez a hatás a légzőközpontot gátló működésre is.

(Az amfetaminkészítmények hatására noradrenalin szabadul fel az idegvégződésekben és így közvetett módon befolyásolja az akarattól függetlenül működő idegrendszert. A vérnyomás emelkedik, a pulzusszám csökken.)

Az amfetamin hatású anyagok mérgezéskor nyugtalanságot, remegést, fokozott reflexműködéseket, ingerlékenységet, álmatlanságot, hőmérséklet-emelkedést okoznak. Tartós, igen magas adagolásnál előfordul pánikszerű szorongásos állapot, hallucináció és delírium is.

Az amfetaminhoz hasonló anyagok pszichés hatásai sok tekintetben hasonlítanak a kokainéhoz. Eufóriát okoznak, jellemző a nagyobb testi és szellemi erő, a szexuális teljesítőképesség fokozottságának, valamint az alvás és táplálékfelvétel feleslegességének érzése.

A morfinfüggőkkel szemben — akik konfliktusaikat és szorongásaikat passzívan viselik el — az amfetaminfüggők túl aktívak, sőt konfliktusokat okoznak, mivel olyan érzéseik vannak, hogy üldözik és elnyomják őket.

Az amfetamin hatású anyagok hosszú ideig való szedés utáni elhagyása sem okoz biztosan értékelhető fizikai működési zavarokat. Kétségtelen azonban, hogy az ilyen anyagok hirtelen megvonása aluszékonyságot, gyengeséget, csaknem kórosan fokozott étvágyat és esetleg depressziót eredményez. Az elmúlt években megjelent közlemények állásfoglalása szerint ezek a tünetek elvonási tünetekként értékelhetők.

Vizsgálati adatok szerint az amfetamin hatású anyagok jelentős visszaélési hatással rendelkeznek, így különösen sportolók, szellemi munkások, vizsgaidőszakban lévő diákok, továbbá fogyókúrázó nők alkalmazzák. A tablettás készítmények 1—2 mg amfetamint tartalmaznak. A gyógyszervisszaélők azonban több grammot is bevesznek naponta. A fiatalok körében különösen az intravénás használata terjed.

Utalni kell arra, hogy azoknál a gyógyszerkészítményeknél nehéz a visszaélés elterjedésének fokát meghatározni, melyek terápiásan is használatosak. Az amfetamin terápiás felhasználása minimális. Azokban az országokban, ahol időben felfigyeltek az amfetaminfüggőség veszélyeire és ennek megfelelő intézkedéseket tettek, az amfetaminfogyasztás nem is jelentős. (Magyarországon 1968-ban összesen csak 6800 Aktedron tabletta volt a teljes fogyasztás.)

Az Egyesült Államokban 1966-ban az egy főre eső fogyasztás 35 tabletta volt. Ha tehát a minimális terápiás igény mellett nagyfokú a fogyasztás, egyértelmű, hogy az amfetaminszármazékok túlnyomó többségét nem terápiás célokra használják fel. Becslések szerint az Egye-

sült Államokban évente legkevesebb 8 milliárd amfetamin tablettát gyártanak és ennek a hatalmas mennyiségnek a fele a feketepiacra jut (*Bayer* adatai).

Az *amfetamin-visszaélésnek* 3 fő formája van:
— amfetaminszármazékok fogyasztása a koncentrálóképesség fokozására, a fáradság és álmosság leküzdésére;
— amfetamin-visszaélés a kedélyállapot befolyásolására;
— intravénás visszaélés.

Az amfetamin-visszaélés egyik „legenyhébb" formája. amikor pl. diákok amfetaminnal készülnek vizsgáikra. A veszély ennek ellenére viszonylag nagy. Bár az amfetaminszármazékok alkalmi használata csekély rizikóval jár, de figyelembe kell venni, hogy a veszély csak viszonylag csekély. Az amfetamint alkalmilag igénybe vevő diákrétegből kerülnek ki a legnagyobb számban azok, akik rászoknak az amfetaminszármazékok rendszeres használatára, függővé válnak. Egy 1969-es felmérés szerint az Egyesült Államokban — az amerikai diákok körében — az összes kábítószer és egyéb drog közül a második helyen áll az amfetaminszármazékok — a cannabis — fogyasztása. A diákok mellett — nyugaton — a tehergépkocsi-vezetők és a szórakoztató iparban dolgozók fogyasztanak nagy mennyiségben amfetamint, az átlagot meghaladó fizikai és pszichikai igénybevétel kompenzálására.

Az amfetaminokat a második világháború alatt a német hadseregnél vezették be, később a legtöbb hadseregnél alkalmazták. A háború után a japán gyógyszeripar értékesíteni akarta a megmaradt óriási készleteket, s mint ismeretes, az eredmény katasztrofális volt. 1954-ben több mint ezer személyt tartóztattak le amfetamin-visszaélés miatt. Ekkor Japánban mintegy 500 ezer volt az amfetaminfogyasztó, amelynek fele pedig toxikománnak volt tekinthető.

A hangulat és a kedélyállapot javítása céljából folytatott amfetamin-visszaélés leggyakrabban 36—45 éves nők között fordul elő, akik fogyókúra során kapnak először am-

fetamint. Csakhamar kialakul a pszichikai függőség, s a fogyókúrát végző nőbetegek közül sokan válnak toxikománná. 1959-ben Nagy-Britanniában 5 millió 600 ezer amfetamint vagy amfetaminszármazékot tartalmazó receptet írtak fel az orvosok. New York államban 1971-ben a 13 millió 690 ezer 14 év feletti lakosból 370 ezren szedtek rendszeresen amfetaminokat, ezek közül 225 ezren ilyen anyagokat tartalmazó fogyasztószereket. A 225 ezer fogyasztóból 81 ezer, tehát 36% háziasszony volt.

Az *intravénás* amfetamin-visszaélés mennyiségileg és minőségileg is különbözik a tablettákkal való visszaéléstől. A tabletta formájában való szedésnek — legalábbis kezdetben — nem célja az eufória elérése. Az intravénás amfetamin-visszaélésnek viszont egyedüli célja az eufória elérése. Az amfetamin intravénás használata leginkább a heroin intravénás használatához hasonlít. Kaliforniában megállapították, hogy az „intravénás amfetaministák" 40%-a korábban heroinista volt.

Hazánkban jelenleg is forgalomban levő amfetamin hatású készítmény a *Gracidin* és a *Pondex*.

b) Gracidin

Elsősorban *fogyasztószerként* használják, mivel csökkenti az éhségérzést. Több nyugati országban recept nélkül árusítják. A fogyasztó hatás mellett a visszaélés másik fő oka, hogy hatására csökken a *fáradtságérzés*, indítékfokozó hatása is van. Mivel a szervezet ellenálló képessége gyorsan nő és ezzel párhuzamosan a szer izgató hatása csökken, feltűnően gyorsan emelik az adagot, napi 30—40 tabletta szedése is előfordul. Megvonása, elvonási tüneteket eredményez.

Nagy mennyiségben történő idült fogyasztása is előfordul, amely intoxikációs pszichózist eredményezhet. E toxikus állapotokat hallási és látási hallucinációk, üldöztetéses, mérgeztetéses téveszmék, nyomott vagy emelkedett alaphangulat, feszültség, szorongás, álmatlanság jellemzik.

c) Pondex

Nagy adagokban (napi 15—20 tbl.) való rendszeres alkalmazása a Gracidinhoz hasonlóan ugyancsak intoxikációs pszichózist okozhat. Hanghallásos hallucinációk, üldöztetéses, mérgeztetéses téveszmék, súlyos szorongások, tudatzavarok jellemzik e pszichotikus állapotot. 1971-ből ismert egy magyar 51 éves férfi esete, akinél napi 5—30 tbl. *Pondex* szedése során pszichózis alakult ki, s ebben az állapotban súlyos testi sértés bűncselekményét követte el.

4. CANNABIS

Az indiai kenderből nyerik, legfontosabb hatóanyaga a tetrahydrocannabinol *(THC)*. A *THC*-nek egyébként több típusa van, melyek hatása hasonló. A kender kultúrnövényként és vadon is terem. Hatóanyagát befolyásolja a klíma, a termesztés, az előállítás módja és a tárolás időtartama.

A természetben előforduló típusok mellett több származékát szintetikusan is előállították. Közülük néhány erősebb hatású, mint a természetes anyag.

Hatására szaporább lesz a pulzus, vérbővebb a szem kötőhártyája, kiszárad a száj és a torok. Előfordul szédülés, hányinger, hányás, fokozódik az éhségérzet. Magas adagok tartós szedése nemtörődömséghez, és teljesítmény nélküli életvitelhez vezet, melyhez társul a higiénia elhanyagolása is. Hanyatlik az intelligencia, sőt — egyesek szerint — mérgezéses elmezavarok is előfordulnak.

A *cannabis* pszichés hatásának erősségét is meghatározzák az anyag minőségi és mennyiségi jellemzői, továbbá a fogyasztó személyiségi adottságai. Az eufóriásan megváltozott tudatállapotban az illető a várt és kívánt élményeket álomszerűen éli át. Megváltozik az idő- és térérzés, nagyobb adagok hatására élénk hallucinációk lépnek fel, melyek tartalmát messzemenően meghatározza a személyiség. A *cannabis* pszichikai hatásai oly kellemesek és izgatók, hogy a

pszichikai függőség gyorsan kialakul. A *cannabis*-fogyasztóknál esetenként előforduló, halálfélelemmel járó, pánikszerű állapotok és az ún. „bad trip" (rossz utazás) esetében jelentkező rossz közérzet nem csökkenti lényegesen a viszszaélési potenciált.

Korábban az volt a vélemény, hogy fizikai függőség *cannabis* esetében nem fordul elő. A megfigyelések szerint azonban hosszú ideig folytatott cannabis-visszaélés után a hirtelen megvonás okozhat bizonyos nyugtalanságot, álmatlanságot, étvágytalanságot, s e tünetek fizikai függőségként értékelhetők.

Nem teljesen tisztázott, hogy a *cannabis* pszichikai függőségével szemben kialakul-e a szervezet ellenálló képességeinek növekedése. Kísérleti vizsgálatok szerint azonban valószínű, hogy kismértékben növekedik.

A visszaélési potenciál cannabis esetében igen magas.

A *cannabis fogalmát* legtöbb közlemény helytelenül használja. Leghelyesebb, ha az 1961-es *Egységes Kábítószer Egyezményből* indulunk ki. Az egyezmény három fogalmat különít el:

— *a cannabis növény:* Cannabis sativa (a kender);
— *a cannabis:* a növény gyanta tartalmú, virágzó vagy termő ágvégeit jelenti;
— *a cannabis gyanta:* az ágvégektől elkülönített gyantát jelenti.

Indiában a „cannabis" kifejezés helyett a Ganja szót használják. Ez összepréselt levelekből, ágvégekből álló zöld vagy zöldesbarna, ragacsos massza. Kellemes szaga, jellegzetes íze van. A „cannabis gyanta" helyett a Charas kifejezést használják. A gyantát száradás után megőrlik, így szürkésfehér port kapnak. Gyakran különböző formákba préselik.

Közel-Keleten mindhárom változatot *hasisnak* nevezik. Észak-Afrikában *KIF*, Dél-Afrikában *Dagga* az elnevezés. Európában a gyantát nevezik *hasisnak*, a levelek és a fejrész szárított keverékét szívják *marihuana*-ként.

A cannabis gyantát általában barna színű blokk vagy lemez formájában tárolják és szállítják. Az illegális kereskedelemben ismert a magas *THC*-tartalmú *cannabis* olaj

is, amit egyes helyeken a *marihuana cigaretta* „dúsítására" használnak. A cannabis különböző változatait — különösen Ázsiában és Észak-Afrikában — egyéb anyagokkal keverve édességekben fogyasztják vagy teákban isszák. Előfordul porának szippantóporként való alkalmazása is.

Gyakoribb, hogy dohány közé keverve pipából szívják. A Latin-Amerikában termő cannabis növény levelének szívásából fejlődött ki a jelenleg csaknem mindenütt elterjedt *marihuanaszívás*. Marihuanáról a cigarettából való szívás esetén beszélünk. Az ilyen cigaretta szívásakor jellegzetes szag érezhető, mely égő, száraz széna szagához hasonlít. A marihuanának nincs hivatalos meghatározása. Általában csak kis mennyiségű *THC*-t tartalmaz, esetleg THC nem is mutatható ki benne. Kanadai adatok szerint a lefoglalt marihuana cigaretták kb. $^1/_3$-a nem tartalmaz THC-t.

A cannabis-kérdés vizsgálatakor azért hivatkozunk gyakran Indiára, mivel ott a legrégebbiek a cannabis hagyományai. Indiában ma is elnézik a cannabisfogyasztást, csupán állami monopóliummá tették terjesztését. Az ellenőrzés és korlátozás legjobban az Európában is ismert alkohol-monopóliumhoz hasonlít, mely inkább az állami bevételek fokozását, mint a fogyasztás csökkentését szolgálja. Hozzá kell tenni, hogy Indiában számos gyógyszer is tartalmaz cannabist. Emellett vallási és népi ceremóniákon is használják.

A *cannabis* felsorolt elnevezései és tág határok között mozgó *THC*-tartalma miatt az egyes országokból közölt statisztikák csekély értékűek. Nem sokat mond egy-egy arra vonatkozó adat, hogy valamelyik országban a fiatalok hány százaléka próbálta már ki a marihuanát, vagy szívja rendszeresen. Nyugat-Európa egyes országaiban és az Egyesült Államokban a marihuana cigaretta általában csak kis mennyiségű THC-t tartalmaz. A trópusokon termesztett kenderből készült marihuana cigaretta THC-tartalma viszont igen magas. Ez a magyarázata annak, hogy a marihuanát otthon már kipróbált, Vietnamba küldött amerikai katonák, ha a megszokott mennyiségben szívtak marihuanát, nagy számban kerültek — súlyos mérgezéses állapot-

ban — kórházba. Az Egyesült Államokban marihuanaszívás miatt ritkán kerül sor kórházi kezelésre.

Évtizedek óta folynak a viták a cannabis, különösen a marihuana veszélyes vagy veszélytelen voltáról. El kell fogadni azt az ENSZ által is képviselt álláspontot, hogy *a marihuanaszívás is kábítószerrel való visszaélést jelent.* Ennek több magyarázata van. Számos vizsgálat kimutatta, hogy a marihuanát szívók többsége egyéb drogokat is fogyaszt. Emellett — a kutatók többsége szerint — a marihuanával visszaélők könnyen áttérnek a veszélyesebb hasisra vagy más „kemény" drogokra.

Akut hatása hasonlít az alkoholéhoz: fogyasztása után a visszaélő vidámnak érzi magát, „ellazul", mozgás- és beszédkényszer alakul ki. A gátlások csökkennek, megváltozik az idő érzékelése, az ítélőképesség. Végül — megfelelő adag esetében — hallucinációk lépnek fel.

Tartós rendszeres hasisfogyasztás esetében indítékszegénység, inaktivitás, nemtörődömség alakul ki. Csökken az érdeklődés, gyakorlatilag beszűkül az alapvető vegetatív szükségletek kielégítésére és a hasis megszerzésére. Jelentősen csökken a teljesítmény, a munkavégzés szándéka. A rendszeres hasisélvező kedvetlen, ingerlékeny, társadalmilag elkülönül. Az ítélőképesség és egyéb intellektuális működések hanyatlanak. Meglassul, illetve csökken a külső ingerekre való reagálóképesség. A személyiség egészében elszürkül. Hosszabb visszaélés után elbutulás alakul ki. Egyes tapasztalatok szerint ez csak akkor következik be, ha a hasisfogyasztás mellett alkoholizmus is fennáll. Tartós visszaélés után pszichózisok is kialakulhatnak, ezek visszafordítható jellege vitatott.

Nem egységes az állásfoglalás azzal kapcsolatban sem, hogy rendelkezik-e a hasis kriminogén hatással. Egyes szerzők szerint a hasissal való visszaélés hajlamossá tesz bűncselekmények elkövetésére, különösen gyakoriak az erőszakos megnyilvánulások. Az önkontroll csökkenése vagy elvesztése mellett a hasis élvezői antiszociális magatartásúak lesznek. Az érzékcsalódások néha pánikszerű állapotokhoz és ennek következtében erőszakos cselekmények elkövetéséhez vezetnek.

Egy amerikai pszichológuscsoport 310 amerikai katonát vizsgált, akik hasisfogyasztás miatt részesültek kórházi kezelésben. A katonai törvények ellen 99,3 százalékuk követett el vétséget, de az orvosok véleménye szerint e vétségek a hadseregen kívül nem jelentettek volna büntetendő cselekményt, ezért cselekményüket nem is tekintik kriminálisnak.

5. HALLUCINOGÉNEK

Hallucinogéneknek nevezzük azokat az anyagokat, melyek nem végleges (reverzibilis) elmezavart, ezen belül hallucinációkat okoznak. Több olyan gyógyszert is ismerünk, melyek szedésekor előfordulnak hallucinációk is *(Atropin, Parkan).* Ezek alapvető gyógyszertani tulajdonsága azonban más jellegű, s csak a terápiás adag többszöröse vált ki hallucinációkat.

A hallucinogének legjellemzőbb tulajdonsága a nem végleges elmezavar, a hallucinációk kialakulása. Ennek következtében már kis adagokkal, esetleg — mint az *LSD* esetében — mikro-mennyiségekkel is elérhetők ezek a hatások.

Természetes és *mesterséges* hallucinogéneket különböztetünk meg.

Természetes hallucinogének:

a) Amanita muscaria (légyölő galóca), hatóanyaga a *Muscimol.* Már az i. e. évezredekben ismerték és használták.

b) A Dél-Amerikában termelt Psilocybe-gombafajták hatóanyaga a *Psilocyn* és a *Psilocybin.* Ma is alkalmazzák fehér por vagy színtelen folyadék formájában.

c) Mexikóban vadon termő kaktusz a Peyotl. Hatóanyaga a *Mescalin,* mely élénk hallucinációkat vált ki. A kaktusz frissen levágott levelének csúcsi részét, illetve annak egy darabját rágják. Másutt szárítás után porrá őrlik és egyéb anyagokkal keverve fogyasztják.

d) *DMT:* Dél-Amerikában termő növényekből készített szippantópor. Hatóanyaga legtöbbször *Triptaminszár-*

mazék. Szintetikusan is előállítják két változatát: *DMT* (kémiailag: dimetiltriptamin) és a *DET* (kémiailag: dietiltriptamin).

Mesterséges hallucinogének:

LSD (Lizergsav — dietilamid). 1938-ban az anyarozsból nyert lizergsavból szintetizálták, tehát félszintetikus anyag. 1943-ban fedezték fel hallucinogén hatását. Csak jóval később terjedt el használata, miután 1960-ban *T. Leary* és munkatársai nyilvános önkísérleteket végeztek Kaliforniában, majd csodálatos hatásról számoltak be. Néhány évig pszichoterápiás kezelés támogatására az orvosi gyakorlatban is alkalmazták, jelenleg csak tudományos kísérletek céljára engedélyezik használatát. Sokáig veszélytelennek tartották, és csak az Egyesült Államokban milliók próbálták ki, illetve alkalmazták hosszabb ideig. Később tisztázódott, hogy elmezavarokat okoz, melyek maradandók is lehetnek. Túladagolás miatti halálesetről nem tudunk, de öngyilkosságok és gyilkosságok előfordultak LSD „segítségével". A legújabb vizsgálatok szerint nagy adagban kromoszómakárosító hatású.

Az *LSD* színtelen, szagtalan, ízteln anyag. Előállítása viszonylag egyszerű, de a titkos laboratóriumokban általában nem tudnak tiszta *LSD*-t előállítani. Emellett a levegő nedvességtartalmától és hőmérsékletétől függően gyorsan bomlik. A különböző bomlástermékektől színe és erőssége tág határok között mozog. Az illegális kereskedelemben folyadék vagy különböző nagyságú, alakú és színű tabletták formájában árulják. Szőlőcukorral, tejcukorral, kininnel vagy barbiturátokkal keverik, „hígítják".

Az LSD az egyik legerősebb hallucinogén, már 100—200 mikrogramm erősen hallucinogén hatású. A rendszeresen visszaélők ezer mikrogrammot is bevesznek egyszerre.

Gyógyszertanilag értékelhető hatásai enyhék. Izgató hatású az idegrendszerre. A hatás fontos jellemzői: pupillatágulat, magasabb hőmérséklet, magasabb vércukor, szapora pulzus. Megváltozik az agyi elektromos tevékenység.

Az *LSD* erős pszichikai függőséghez vezet, fizikai függőség nem alakul ki. A szervezet ellenálló képessége igen gyorsan nő, ezért a rendszeres LSD-visszaélők, az azonos

hatás elérésére állandóan emelik az adagot. Később szüneteket kénytelenek tartani, hogy a kialakult ellenálló képesség csökkenjen. A pszichikai függőségre jellemző, hogy — minden, az érzékszervekre ható ingerrel szemben — *túlérzékenység lép fel.* Az *LSD*-vel visszaélőknek az a meggyőződése, hogy mindent „világosabban" látnak, a dolgok mélyére tudnak hatolni. Úgy érzik, hogy egyesülnek a „kozmosszal". Jellegzetes élményük a „tudathasadás", mely lehetővé teszi, hogy saját magukat, illetve tudatuk egy részét passzív szemlélőként figyeljék. Beszámolóik szerint számukra ez rendkívül érdekes, izgató élmény.

A legismertebb kábítószerek tárgyalása után azon *gyógyszerek és egyéb kémiai anyagok* ismertetése bír gyakorlati jelentőséggel, melyek nem tekinthetők ugyan kábítószernek, de fogyasztásuk gyakori, visszaéléshez vezethet. Közülük néhányat a kábítószerek „pótszereinek" neveznek. Véleményünk szerint ez az elnevezés az említett anyagok közül csak néhány esetben helyes. A *Parkan*fogyasztás például több olyan országban is előfordul, ahol nem jelent különösebb problémát a kábítószerek beszerzése.

Még sajátságosabb a *szerves oldószerek* szerepe, hisz az Egyesült Államokban és Angliában is szerepel a toxikománok által felhasznált anyagok között. Érdekes adat, hogy Svédországban és Franciaországban az LSD-vel visszaélők jelentős százaléka alkalmazza az oldószereket is, amit csak részben magyaráz a könnyű és olcsó beszerezhetőségük. Valószínű, hogy az *LSD*-vel való visszaélők az ellenálló képesség jelentős növekedésekor, az LSD-hatás csökkenésekor, átmenetileg szerves oldószerek alkalmazására kényszerülnek. Nem zárható ki az a lehetőség sem, hogy a szerves oldószerek olyan specifikus hatással rendelkeznek, mely még az LSD-élvezők számára is „érdekes". E feltevés mellett szól az a kérdőíves vizsgálat is, melyet dél-afrikai fogorvoshallgatók körében végeztek, s azt találták, hogy a *szerves oldószerek* használata a *harmadik* helyen áll, megelőzi az ópiátokat is. A Parkan és a szerves oldószerek pótszer elnevezése csak olyan országokban fogadható el, ahol a klasszikus kábítószerekhez nem jutnak hozzá. Nem nevezhetők pótszereknek a barbiturát[34]-mentes altatók, nyugta-

tók sem. E készítményekkel elsősorban a felnőttek élnek vissza, de ismertek fiatalok között is.

Utalni kell e készítmények felsorolásakor a *politoxikománia* jelenségére, mely a pszichoszociális epidémia egyik jellemzője, s különösen a fiatalok körében észlelhető. Világszerte észlelt jelenség, hogy a fiatalok *mindent* kipróbálnak és alkalmaznak. Ismerünk olyan közleményeket, melyekben leírják, hogy a tudatállapotot, kedélyállapotot egyáltalán nem befolyásoló gyógyszereket: antibiotikumokat is szednek visszaélésszerűen. Ismert a *placebo-hatás*, ami azt jelenti, hogy minden tekintetben közömbös szer használata (pl. a fiziológiás konyhasóoldat is) „jó" hatással van a fogyasztójára. Vizsgáltunk olyan toxikomán fiatalokat, akik elmondták, hogy számukra *mindegy, csak tabletta legyen*. Mások számára már a fecskendő látása is kellemes izgalmat váltott ki. Ezekben az esetekben a függőség nem a szer, az anyag kémiai tulajdonságaihoz kötődik, hanem a megszerzéssel, a bevétellel kapcsolatos tevékenységhez.

6. GYÓGYSZEREK

a) Barbiturátok

Az összes *barbitursav-származékok* minőségileg hasonlóak, hatásuk erősségében azonban különböznek egymástól. Dózistól függően gátolják a központi idegrendszer különböző funkcióit és ezáltal nyugtatóan, altatóan, narkotizálóan hatnak. A barbitursav származékai viszonylag jól elviselhetőek, mivel altató, sőt még narkotizáló adagban sem károsítják értékelhető fokban más szervek működését.

A barbiturátok által kiváltott alvás sok tekintetben különbözik a fiziológiás alvástól. Az ópiummal szemben nem rendelkezik fájdalomcsillapító hatással, sőt, kis adagok fokozhatják a fájdalommal szembeni érzékenységet. A túladagolásukkor bekövetkező halál oka rendszerint légzésbénulás.

A barbiturát típusú anyagok — az ópiumhoz hasonlóan — eufóriát okozhatnak. Amíg a morfin-eufóriánál jellemző a körülményekhez való passzív alkalmazkodás, a belső feszültségek és konfliktusok jelentőség nélkülivé válása, addig a barbiturátok inkább a pszichés gátlásokat oldják. Ez lehetővé teszi, hogy a barbiturátokkal visszaélők aktív cselekvéssel oldjanak meg konfliktusokat. A barbiturátok e hatásának az a magyarázata, hogy elsősorban a szorongás által befolyásolt magatartást teszik oldottá. Az agresszivitást kevésbé befolyásolják.

A barbiturát-visszaélők gyakran kombinálják e készítményeket a központi idegrendszert izgató szerekkel. Ennek az a magyarázata, hogy a barbiturátok eufóriát kiváltó hatásai már mozgászavart és beszédzavart is okozhatnak, s e tüneteket az izgatószerek általában megszüntetik (emellett az eufóriát fokozzák).

Minden barbiturátkészítmény testi (fizikai) függőséget okoz. Az elvonási tünetek különböznek az ópium elvonási tüneteitől. Súlyosságuk az illető anyag bevételének módjától és az adag nagyságától függ. A rövid hatású barbiturátok (Novopan, Noxyron) rendszeres és nagy mennyiségű szedésének hirtelen megszüntetése esetén az elvonási tünetek az utolsó bevételt követően már 12—16 órával jelentkeznek: *nyugtalanság, szorongás, remegés, gyengeségérzés, hasi görcsök, esetleg epilepsziás rohamok is.* E tünetek a második-harmadik napon érik el csúcspontjukat.

A tartós hatású barbiturátok *(Sevenal, Dorlotyn)* kihagyása utáni elvonási tünetek hosszan elhúzódók, például a görcsök, rosszullétek az elvonást követő 7—8 napig is előfordulhatnak. Az elvonási tünetek barbiturát adásával könnyen megszüntethetők. A viszonylag gyakran előforduló deliráló állapotok azonban kevésbé befolyásolhatók, a vérkeringés súlyos zavarához vezethetnek.

Minden barbiturát típusú készítménynél előfordulhat ellenállóképesség-növekedés. Egyre nagyobb adag bevétele szükséges ugyanazon hatás eléréséhez. A halálos adag azonban a barbiturátokkal visszaélőknél sem magasabb lényegesen, mint „normális" személyeknél.

b) Barbiturátmentes altatók

Legveszélyesebbek és tartós fogyasztás esetén legkárosabbak a szervezet számára a *barbiturátok*. Visszaélésszerű fogyasztáskor azonban csaknem ilyen jelentőségűek a barbiturátot nem tartalmazó altatók is *(Eunoctin)*. Káros következményeik különösen akkor jelentkeznek, ha a visszaélő nemcsak altatóként, hanem vagy nyugtatóként, vagy egyéb okból nappal is szedi. A súlyos visszaélőknél paradox hatás figyelhető meg, *nem altatóként hatnak, hanem eufóriát váltanak ki.* Általában középkorú nők és férfiak alkalmazzák visszaélésszerűen. Nőknél gyakoribb az előfordulás. Számtalan esetben a személy nincs is tisztában azzal, hogy visszaélő lett, és feszültség, idegesség, stresszszituációk esetében vagy különböző neurotikus panaszok miatt öngyógyító tendenciával szedi e készítményeket.

A nyugtatók és altatók szedése tekintetében különbséget kell tenni a felnőtt lakosság és a fiatalok gyógyszerszedése között. A felnőttek orvos által javasolt gyógyszerszedése is gyakran vezet megszokáshoz, visszaéléshez, függőséghez. Az esetek jelentős százalékában az ellenálló képesség növekedése is előfordul. A felnőttek azonban ritkán szednek gyógyszert *különleges élmények* elérése céljából. Általában nem is tudják, hogy nyugtató- és altatófogyasztásuk már visszaélés, legfeljebb tudomásul veszik, hogy nő a nyugtatók napi adagja, vagy enyhébb készítményekről erősebb hatásúra térnek át. Ugyanígy a gyorsan ható, enyhébb altatókról áttérnek a tartósabb hatásúra. Az is előfordul, esetleg, hogy nyugtatót és 2—3 féle altatót is szednek egyszerre. Csekély százalékban ugyan, de előfordulnak olyan gyógyszer-visszaélők is a felnőttek körében, akiknél pszichikai és fizikai függőség kialakulása után esetenként túladagolás történik és toxikológiai osztályra kerülnek. A gyógyszer megvonásakor változó erősségű, általában súlyos elvonási tünetegyüttes alakul ki.

A fiatalok gyógyszerszedése — eltekintve a „próbálkozóktól" — több mint visszaélés. Mivel kedély- és tudatállapotuk szándékos befolyásolására irányuló cselekvésről van szó, gyakran alakul ki függőség (dependencia). Vizsgálataink

szerint minden fiatal, aki Parkanszedés, vagy szerves oldószerszippantás miatt került szakorvosi vizsgálatra és kezelésre — eltekintve a 7—12 évesektől —, *jól ismerte a Seduxen, Pipolphen, Dorlotyn alkohollal való kombinációjának a hatását.* Esetenként alkohol nélkül is fogyasztják a készítményeket, továbbá *nagy adagban Noxyront, Eleniumot, Tardylt, Codeint, Hydrocodint.* Több olyan fiatalt észleltünk, akik altatóként 8—10 tabletta Noxyront szedtek, napi fogyasztásuk 15—20 tabletta, vagy még több volt.

c) Nyugtatók

A hagyományos nyugtatók, az ellazító hatás mellett nagyobb adagban altató hatással is rendelkeznek *(Albroman, Somben stb.).* Egy-egy súlyos toxikomán napi 20—30 tabletta nyugtatót is bevesz.

Az egyébként rendezettnek tűnő magatartás mellett a fogyasztók kissé meglassulnak, reakcióidejük megnyúlik. Nagyobb adag bevétele esetében bőbeszédűek, járásuk bizonytalan. Hangulatilag labilisak, idegesek, ingerlékenyek. Állapotuk hasonlít az alkohol által kiváltott ittassághoz.

d) Heminevrin

Említése azért indokolt, mert jó példa annak bizonyítására, hogy az egyéb drogok elvonására alkalmazott gyógyszereket is meg lehet szokni. Ismeretes, hogy a heroint és a kokaint a morfinizmus gyógyítására használták, s hamarosan elterjedtek mint veszélyes kábítószerek. A heroinisták kezelésére alkalmazott Metadonnal hasonlóan alakult a helyzet.

A *Heminevrin* az 1960-as évek második felében bevezetett nyugtató. Előnye, hogy altató hatása általában nincs, munka mellett is szedhető. Elsősorban heveny alkoholos delíriumnál, alkoholelvonás vagy gyógyszer-visszaélés esetében, az elvonás során kialakuló delíriumoknál használjuk.

Az ilyen célra használt Heminevrin okozhat megszokást is, sőt visszaélés is előfordul.

Emiatt az elvonás után legfeljebb csak 3 hétig célszerű adagolni. A Heminevrin megszokása után történt elvonáskor igen súlyos elvonási tünetek, delíriumok is előfordulhatnak.

A nyugtató hatású készítményekkel való visszaéléskor viszonylag korán kimutatható a személyiség különböző fokú változása: a túlérzékenység, akaratgyengeség, csökkent szellemi és fizikai munkavégző képesség, valamint jellemző, hogy a betegek saját személyiségváltozásukat nem észlelik.

e) Trankvillánsok

Trakvillánsoknak nevezzük a szellemi tevékenységet, az értelmi tisztaságot átmenetileg csökkentő idegcsillapítókat *(Seduxen, Grandaxin stb.)*. Néhány évtizede egyre nagyobb számban kerülnek forgalomba. Nagy előnyük, hogy jelentős nyugtató hatással rendelkeznek anélkül, hogy kábító, altató hatásuk is lenne. Közülük az enyhébbek, az ún. *minortrankvillánsok,* munka mellett is szedhetők. Alkohollal kölcsönösen fokozzák egymás hatását. Gyakran kialakul megszokás. Ilyenkor nem annyira a lelki harmóniát fokozó hatásuk áll előtérben, hanem nemtörődömség, a munkakedv csökkenése, motiválatlan derű, esetleg rossz közérzet és ingerültség. Nagyobb adagban szedve aluszékonyságot okoz. Egyes személyeknél hatása hasonlít az alkohol hatásához: eufória alakul ki, a beszéd nehezen érthető, elkent.

f) Fájdalomcsillapítók, lázcsillapítók

Ezeket a készítményeket ritkán alkalmazzuk önállóan *(Istopirin, Dolargan, Eukodal, Kalmopyrin stb.)*. Ilyen esetekben is előfordulnak idegrendszeri panaszok, tünetek: fejfájás, neuraszténiaszerű állapotok, ingerlékenység, lehangoltság, a vegetatív idegrendszer zavarai.

A kombinált készítmények sokkal veszélyesebbek *(Demalgon, Barbamid stb.)*, mivel rendszerint barbiturátokat, néha kodeint is tartalmaznak. Az ilyen kombinált fájdalom- és lázcsillapító szerekhez való hozzászokás gyakori, különösen a 40 év feletti korosztályoknál. *Egyes országokban* (pl. Csehszlovákia) *első helyen áll* a felnőttek körében az e készítményekkel való visszaélés. Elterjedtségük összefüggésben állhat azzal a körülménnyel, hogy legtöbb országban recept nélkül is beszerezhetők. Az orvosok közül mindmáig kevésben merült fel az a gondolat, hogy e készítmények felírásának is vannak veszélyei.

7. PÓTSZEREK

a) Szerves oldószerek

Az éter és a nitrogénoxydul visszaélésszerű használatáról már a múlt században jelentek meg közlemények. A nyugati szakirodalom valamivel több mint 20 éve foglalkozik az oldószerekkel való visszaéléssel. Akkor beszélünk *„Glue Sniffing"*-ről, ha a kedély- és tudatállapot befolyásolására *szándékosan történik gőzök vagy gázok belélegzése.* Minden szerves oldószer alkalmas e célra, mivel szobahőmérsékleten, tartályából kikerülve könnyen párolog, és gyorsan hat a központi idegrendszerre. Olyan anyagok is ide tartoznak, melyek eleve gáz halmazállapotúak. Hatásukban döntő szerepe van annak, hogy zsíroldószerek. E tulajdonságuk megkönnyíti a központi idegrendszerbe való behatolásukat. A teljességre való törekvés nélkül, csak a leggyakrabban előforduló oldószereket említve a következők sorolhatók fel:

— szénhidrogének: benzin, toluol, benzol;
— klórozott szénhidrogének: széntetraklorid, kloroform;
— ketonok: aceton;
— észterek: különböző acetátok;
— alkoholok: etilalkohol, metilalkohol;
— fluorkarbonok.

A felsorolt anyagok önállóan vagy egymással kombinálva mind a háztartásban, mind az üzemekben használatosak és nélkülözhetetlenek. Ide tartoznak a különböző *festékhígítók, folttisztítók, gumi- és műanyagragasztók, parkettaragasztók, körömlakklemosók, spray-k.*

A különböző tudományos munkák megkülönböztetnek alkalmi és rendszeres visszaélést. Biztosan megállapított tény, hogy nem minden próbálkozóból lesz rendszeres visszaélő. A külföldi szakirodalom szerint gyakori a 2—3 évig tartó visszaélés, de beszámolnak 10 éven át tartó esetekről is. A ragasztóanyagokat gyakran alkalmazzák egyedül; otthon vagy az iskolában. de csoportos visszaélés is gyakori összejöveteleken, szórakozóhelyeken. A hazai tapasztalatok szerint ifjúsági *klubokban,* a *Metró* egy-egy *megállóhelyén, lebontás előtt álló üres lakásokban,* vagy *épülő városnegyedek* ugyancsak *üres házaiban* gyakoriak az ilyen összejövetelek.

Magyarországon 6 éves volt a legfiatalabb visszaélő, akit 7 éves korában kezdtek el kezelni. Nyugati adatok szerint felnőttek is ismerik, és leggyakrabban azok alkalmazzák, akik más kábítószerekhez nem juthatnak hozzá (pl. elítéltek). Utalni kell arra, hogy Franciaországban, Skandináviában az LSD-vel visszaélők jelentős százaléka is alkalmaz egyidejűleg szerves oldószert is. Ez a körülmény arra mutat, hogy az oldószereknek egyes személyeknél valamilyen különleges hatása van. A saját tapasztalataink szerint is az oldószerrel visszaélők között sokan számolnak be „csodálatos" élményekről. Az oldószerek központi idegrendszerre gyakorolt hatása leginkább az alkoholéhoz hasonlít. A tünetek az egyes anyagok minőségétől, mennyiségétől, a beszívás intenzitásától és az alkalmazás gyakoriságától függően alakulnak ki. Ezek alapján heveny és idült tünetegyüttesről beszélhetünk.

A heveny tünetegyüttes enyhe mámortól a súlyos elmezavarig változatos képet mutat. Izgatottság, eufória, a gátlások oldódása minden esetben kialakul. Oldószer hatása alatt *nevetgélnek, lebegésszerű érzésről számolnak be, mely néha a repülés érzéséhez hasonlít.* Mivel ugyanekkor gyakori *a legyőzhetetlenség érzése is,* előfordul, hogy ilyen

állapotban ablakból vagy háztetőről leugranak, robogó vonat elé állnak, hogy megállítsák azt. *A felfogás eltorzul, illetve hallucinációk, az idő- és térérzés zavarai alakulnak ki.* A hallucinációk általában kellemesek, gyakran erotikus tartalmúak, de előfordul torz alakok és tűz látása is.

A továbbiak során *a beszéd elkentté válik, a mozgások rendezetlenek lesznek, zavartság észlelhető.* Az adag további emelésekor a nyugtató és érzéstelenítő hatás kerül előtérbe, ez bódult állapothoz, majd tudatvesztéshez vezet. Leírnak heveny elmezavarokat is, de tartós elmezavar kialakulására nincs bizonyíték.

Gyakori, hogy szerves oldószer által kiváltott zavartság, hallucinációk miatt a „szippantó" elmeosztályra kerül. A pszichotikus állapot azonban 1—2 nap alatt rendeződik. Végleges pszichózis kialakulásának lehetőségét, illetve ilyen esetet a külföldi szakirodalom csak az utóbbi időben nem említ, de hazánkban nem észleltünk hasonlót.

Idült tünetegyüttesben nő a szervezet ellenálló képessége. Pszichikai függőség alakul ki. Egyre nagyobb mennyiségű oldószerre van szükség ugyanazon hatás elérésére. Az idült visszaélőknél *magatartási és érzelmi zavarok* észlelhetők. Iskola- és munkakerülők lesznek, csavarognak, összeütközésbe kerülnek környezetükkel és a törvényekkel. *Gyakran követnek el* kisebb súlyú *bűncselekményeket,* előfordulnak csoportos szexpartik.

Öngyilkosságoknál és ritkábban gyilkosságoknál is kimutatták az oldószerekkel való idült visszaélés oki összefüggését. Az oldószerrel visszaélők gyakrabban kerülnek rendőri őrizetbe, mint a hasonló korú alkoholisták. Ennek magyarázata az lehet, hogy a botrányt nem okozó részegekkel szemben a rendőrség általában nem jár el. *Az oldószerekkel való visszaélés pedig gyakran feltűnő körülmények között — parkokban — és csoportosan történik. E fiatalok elhanyagoltak, a „szippantás" (szipuzás) során arcukat, hajukat és ruhájukat gyakran szennyezik a ragasztószerekkel. A „szippantást" nem szüntetik be az eufória elérésekor, s a hallucináció kialakulásakor magatartásuk megbotránkoztató* környezetük számára.

A központi idegrendszer szervi károsodására elsősorban

az említett magatartási zavarok utalnak. Évtizedek óta ismert azonban, hogy a felsorolt oldószerek olyan mérgek, melyek *maradandóan károsítják az idegrendszert.* Először amerikai és japán, legutóbb nyugatnémet közlemények számoltak be súlyos izomsorvadással járó ideggyulladásról. Az esetek néhány százalékában találtak vese- és májelváltozást, továbbá a vérképző szervek károsodását is kimutatták.

Az USA-ban 1970-ig 110 hirtelen bekövetkezett halált írtak le az oldószerek belégzése következtében. Leggyakoribb a nyúltvelői légzőközpontok bénulása, továbbá a heveny szívmegállás. Fulladásos halált okozhat a gyomortartalom légutakba kerülése. E halálesetek kapcsán több közlemény arra utal, hogy a fő veszélyt a *nylonzacskó* alkalmazása okozza. Ebben az a félreértés, hogy a fejre húzott nylonzacskó okozza a fulladásos halált. Az igazságügyi boncolások igazolják ugyanis, hogy e halálesetekben a tüdő, a vér és egyéb szervek olyan mennyiségben tartalmazzák a felsorolt oldószerek valamelyikét, amely mennyiség önmagában is *halálos* következménnyel jár. Utalni lehet itt arra, hogy több amerikai közlemény szerint nylonzacskó használata nélkül is előfordult hirtelen haláleset. Feltételezhető, hogy a nylonzacskó alkalmazása elősegíti a fulladásos halál bekövetkezését.

Cohen[44] 1977-ben az alábbiakkal magyarázza a szerves oldószerek fiatalok körében való elterjedését:

— „egyenlő rangú" csoportok befolyása,
— rendkívüli olcsósága,
— könnyű hozzáférhetősége,
— csomagolása alkalmas a közvetlen felhasználáshoz (tubusban),
— hangulatemelő, depresszióellenes hatása,
— az intoxikáció gyors bekövetkezése (a tüdőből — a gyomor-bélrendszer, máj érintése nélkül közvetlenül az agyvelőre hat),
— az oldószer legális volta.

Véleménye szerint az oldószerek problémáját csak a fiatalok „belső kontrolljának" fejlődése fogja megoldani, külső kontrollját nem javasolja.

b) Parkan

E készítményt évtizedek óta alkalmazzák a parkinzonizmus kezelésére. Nyugaton *Artane* néven, Lengyelországban és Csehszlovákiában *Parkopan* néven van forgalomban. Érdekes, hogy felnőtteknél terápiás adagban általában nem okoz hallucinációt, fiataloknál viszont már aránylag kis adagoknál is hallucinációk lépnek fel. E hallucinációk könnyebben alakulnak ki, ha a fiatalok a Parkant kevés alkohollal együtt fogyasztják.

Egy tabletta Parkan bevétele szájszárazságot, szomjúságérzést, a látás elhomályosodását, vagy kettős látást okoz, esetleg mérsékelt eufória is kialakulhat, míg 2—4 tabletta (10—20 mg) egyidőben történő bevétele után az említett tünetek alakulnak ki, majd egyénileg különböző lappangási idő után — 12—24 óra múltán — kábultság, kifejezettebb *eufória és érzékcsalódások* jelentkeznek. Nagyobb társaságban, szórakozóhelyeken az érzékcsalódások rendszerint csak másodpercekig tartanak, ingerszegény környezetben azonban a látási, hallási és tapintási hallucinációk gazdagon kibontakoznak, gyakran a térészlelés, az időélmény zavara és a környezet realitásérzékelésének zavarai mellett. Járásukat, térérzékelésüket bizonytalannak érzik: *„mintha lábuk a talajba süppedne, a járda hullámos lenne, emelkednesüllyedne"*. Óvatosan, bizonytalanul fogják meg a tárgyakat. Csaknem minden esetben beszámolnak arról, hogy a *tárgyakat mozgásban látják*. A látási hallucinációk tartalma: emberi alakok, állatok, gyakran kis bogarak, melyek mérete hol megfelel a valóságnak, hol azoknál nagyobbak vagy kisebbek, emellett alakjuk el is torzulhat. Az érzékcsalódások során észlelt személyekkel beszélgetnek, majd a hallucinációk elmúltával keresik azokat. A hallucinációk lehetnek kellemesek vagy ijesztőek, de általában „érdekesek".

Előfordul, hogy a hallucinációk csak a Parkan bevételét követő napon, éjszakai alvásból felébredve alakulnak ki, majd a nap folyamán ismétlődnek, sőt a következő napon is megjelennek. A kóros észlelések elmúlása után is környezetüket „furcsának" találják, idegeneket ismerősnek, ismerősöket idegennek vélnek. Fáradtak, gondolkodásuk meg-

lassul. A velük történt eseményekre nem emlékeznek pontosan vissza. Kivételesen előfordul, hogy napokkal, hetekkel a Parkan utolsó bevétele után ismét jelentkeznek másodpercekig tartó érzékcsalódások.

Idült Parkanszedők magatartása jelentősen megváltozik: elhanyagolják magukat és ruházatukat, nem táplálkoznak rendesen, kimaradnak az iskolából vagy munkahelyükről, csavarognak, napokat töltenek házon, lakhelyen kívül.

Csaknem minden Parkanszedő — amennyiben megfelelő kapcsolat alakul ki orvosával — elismeri, hogy ha lehetőség lenne rá, más kábítószert is bevenne. A Parkan szedését egyébként nem tekintik betegségnek, izgalmas, érdekes élményt várnak tőle.

8. NIKOTIN (DOHÁNY)

Az alkohol mellett a nikotint használják leggyakrabban visszaélés céljára. Ebben szerepe lehet annak a körülménynek, hogy kedvezően befolyásolja a szellemi teljesítőképességet és a hangulati állapotot. Hajlamos személyeknél igen kifejezett pszichikai függőséget vált ki. A nikotin — más függőséget eredményező anyagokkal szemben — nem tiszta anyagként, hanem dohány formájában kerül felhasználásra, ezért foglalkozni kell a dohány fogyasztása során szóba jövő, nikotint kísérő anyagokkal is.

A *nikotin-alkaloidot* a dohány levelei tartalmazzák. Kis adagokban izgató hatású. E hatása elsősorban a szív működésére, erekre, szemre és a gyomor-bélcsatornára terjed ki. A „normális" adag többnyire az idegrendszerre kifejtett izgató hatásával érvényesül, a vérnyomás-emelkedéssel, érszűkülettel, a szívműködés gyorsulásával. Már kis adagban is károsítja a szívet: egyetlen cigaretta elszívása csökkenti a szívizomzat azon képességét, hogy a rendelkezésre álló oxigén teljes mennyiségét kihasználja. Ezt EKG-vizsgálatok is igazolják.

A központi idegrendszerre a nikotin károsítóan hat: *nagy*

adagok remegést és görcsöket váltanak ki. Igen nagy adagú nikotin a központi idegrendszer bénulását eredményezi, a halál légzésbénulás eredményeként következik be.

A cigarettadohány hozzávetőleg 1,5% nikotint tartalmaz. Egy cigaretta elszívásakor mintegy 3 mg nikotin kerül be a szájüregbe, melyből enyhébb szíváskor 70%, mély szíváskor 90% is felszívódik. A nikotin mellett a dohány több olyan anyagot is tartalmaz, melyek mérgező hatásúak: izgató gázok, gőzök, végül a rákkeltő hatású kátrány, arzén és króm.

A dohányfüstben levő izgató gázok okozzák erős dohányosoknál a légúti nyálkahártya izgalmát.

A dohányban levő rákkeltő anyagok azt eredményezik, hogy erős dohányosoknál (napi 20—40 cigaretta) csaknem 20-szor gyakoribb a hörgőrák, mint nem dohányzóknál. A szivarozás és pipázás kevésbé jelent rákveszélyt, mint a cigaretta szívása.

V. Fejezet

AZ ALKOHOLIZMUS

Orvosok, szociológusok és pszichológusok keresik az ivás társadalmi motívumait, az ivó személyiségének és családi körülményeinek sajátosságait, a testi funkciózavarok és szervkárosodások objektív magyarázatát.

Az alkoholizmus társadalmi méretű károsító hatása közismert, azonban egyes részkérdések feltáratlanok. Nehezen érthető, hogy pl. miért Franciaországban legnagyobb az alkoholizmus gyakorisága, ennek ellenére támogatják államilag a szőlőművelést. Legalább ennyire kevéssé magyarázhatók az alkoholbetegség keletkezésének individuális feltételei; azt sem tudjuk, hogy az alkoholfüggőséget helyenként miért az „iváskontroll" elvesztése, másutt miért az „absztinenciára való képtelenség" váltja ki. Nem tudjuk pl. hogy miért alacsony az alkoholizmus rizikója egyes keleti népeknél, s miért feltűnően magas az észak-amerikai íreknél. Éppen ilyen kevéssé magyarázható az alkoholizmus előfordulásának nemek közötti különbsége. (Az elmúlt 20 évben a különbség feltűnően gyorsan csökken.)

Az alkoholelvezet nemcsak egyéni pszichológiai igényeket elégít ki, hanem szociokulturális funkciója is van. E funkciók azonban bizonyos magatartási korlátok által meghatározottak: szokások; az erkölcsi és morális szabályok; tradicionális életstílus és életvitel; a gazdasági rendszer; valamely országrész, kulturális környezet és társaság, valamint a társadalmi struktúra egyaránt befolyásolja. Így magya-

rázhatók az alkoholbetegség lefolyási formái közötti feltűnő különbségek, különösen a korai szakaszban. A késői vagy végstádiumban, a szociokulturális és a gazdasági tényezők, továbbá az alapszemélyiség, a lelki konfliktusok háttérbe szorulnak, és a különböző alkoholos eredetű tünetegyüttesek és lefolyási formák egyre inkább uniformizálódnak, hasonlóakká válnak. *Mint minden toxikomániánál, az alkoholizmusnál is jellemző tehát a „végső közös út".*

Az *alkohol* kémiai, biokémiai, gyógyszertani hatásai okai rendkívül veszélyességéért: nedvszívó, zsíroldó, a vízzel, a szervezet nedveivel minden arányban keveredik. E tulajdonságai szerepet játszanak abban, hogy gyorsan, könnyen áthalad a vérerek falán, s a vérkeringés útján minden szervbe eljut. Attól függően, hogy éhgyomorra vagy telt gyomorra fogyasztják. $1^1/_2$—2 óra alatt éri el a vérben a maximális koncentrációt. Könnyen behatol az idegsejtbe, vízszívó, zsíroldó és fehérjéket kicsapó hatása következtében megbetegíti a sejtet, tehát *sejtméreg.* Az oxigén hatására könnyen elég. Ez magyarázhatja, hogy az alkoholisták nagyrészt az alkohollal — annak belső elégetésével — fedezik kalóriaszükségletüket. Valószínű, hogy az alkohol megvonásakor a normális oxigénfelhasználás visszaállásának nehézsége szerepet játszik az elvonási tünetek kialakulásában. Az alkohol könnyű elégése miatt a szervezet kalóriaigénye számára a zsír részben feleslegessé válik, s felhalmozódik a sejtekben, az erek falában.

Az alkohol bénító hatású a sejtekre. A hatására fellépő izgalmi tünetek a központi idegrendszer magasabbrendű gátlásainak következményei. Az alkohol egészséges emberen már kis mennyiségben kimutatható változásokat okoz: eufória lép fel, oldja a feszültséget.

Általános vélemény, hogy az alkohol szorongásoldó. Néhány éve többen kimutatták, hogy absztinenseknél[45] és idült alkoholistáknál is az alkohol fokozza a szorongást. (E kísérleti eredmények ellenére el kell fogadnunk azt a tapasztalati tényt, hogy fennálló szorongásnál az alkohol szorongásoldó hatású.) Ehhez hasonlóan korábban szakemberek közül is többnek az volt a véleménye, hogy

az alkohol kis mennyiségben javítja, fokozza a szellemi tevékenységet. Ezzel szemben objektív vizsgálatok igazolják, hogy már kis mennyiségű alkohol is rontja a szellemi tevékenységet, csökkenti a kritikai készséget. Romlik a fizikai teljesítmény is, nő a reakcióidő, csökken a munkakedv.

Az ember évezredek óta fogyaszt alkoholtartalmú italokat, az alkoholizmus meghatározása mégsem egységes.

A WHO 1951. évi meghatározása szerint *alkoholista az a személy, akinél az alkoholtól való függőség észrevehető zavart okoz szellemi és testi funkciójában, akadályozza a személyek közötti kapcsolatok kialakulását és fenntartását, a hatékony gazdasági tevékenységet.*

Hazánkban az 1972. évi ún. Egészségügyi Törvény 35. §-nak 1. bekezdése szerint *alkoholista* az, *aki rendszeresen és túlzott mértékben fogyaszt alkoholt, és az ebből eredő magatartásával családját, kiskorú gyermekeinek fejlődését, saját egészségét, környezetének biztonságát veszélyezteti, vagy a közrendet, illetve munkahelyén a munkát ismételten, súlyosan zavarja.*

1. AZ ALKOHOL ÚTJA A SZERVEZETBEN

A szervezetbe kerülő alkohol útját követve felszívódásáról, eloszlásáról és lebomlásáról kell beszélnünk.

Felszívódási fázis: Az alkohol a gyomor-bélcsatorna felső szakaszaiból szívódik fel (20% a gyomorból, 80% a vékonybélből). A felszívódás sebessége az alkoholtartalmú ital koncentrációjától, összetételétől (kísérőanyagoktól), továbbá a táplálékfelvételtől függ. (Jelentősége van annak, hogy az elfogyasztott táplálék mennyire hígítja fel a gyomorban a szeszes italt.) A felszívódás mintegy két óra alatt fejeződik be.

Eloszlási fázis: E fázisban az alkohol a szövetekben, azok víztartalmával arányosan oszlik el. Több szempontból (fi-

zikai, idegi) fontos jelentősége van a véralkohol koncentrációjának (ezrelékben fejezzük ki), amely maximumát kb. két óra alatt éri el.

Lebomlási fázis: A véralkohol-koncentráció fokozatos csökkenése jellemzi. A lebomlás gyorsasága általában független a véralkoholszinttől. A véralkohol tartalmának óránként mintegy 0,15 ezreléke bomlik le, tehát átlagos testsúlyú embernél óránként 6—9 g. Az alkohol mintegy 90%-a végül is szénsavvá és vízzé oxidálódik. A fennmaradó 10% változatlanul távozik a kilégzés útján, továbbá a vizeletben és az izzadságban.

A felvett alkohol mintegy 80–90%-a a *májban* oxidálódik. E folyamatban több enzim és koenzim játszik fontos szerepet.

A rendszeres, hosszabb ideig folytatott alkoholizálás — hasonlóan bizonyos altatók hatásához — olyan értelemben hat az alkohol anyagcseréjében szerepet játszó enzimekre, hogy azok gyorsítják az alkohol oxidációját, de egyúttal bizonyos gyógyszerek lebontását is. Nem ismerjük még egyértelműen az alkohol és az egyes gyógyszerek anyagcseréjében érvényesülő kölcsönhatásokat. Annyit határozottan állíthatunk, hogy az alkohol különösen a fájdalomcsillapítók, altatók, nyugtatók és trankvillánsok hatását fokozza. Gyakorlatilag csak a központi idegrendszer stimulálói (amfetaminok) hatását csökkenti.

2. AZ ALKOHOLIZMUS KIALAKULÁSÁVAL KAPCSOLATOS VÉLEMÉNYEK

Különbséget kell tennünk *depedens* (függő) alkoholista és a *deviáns* alkoholizáló között (*Kardos*[46] szerint). A depedens alkoholistának már kora reggel innia kell, elvonási tünetei megszüntetésére. Amennyiben az adott személynek nincsenek elvonási tünetei, illetve ha másnaposságát fokozott folyadékfelvétellel (tea, tej, szörp) le tudja küzdeni, továbbá ha sem belgyógyászati, sem ideg-elmegyógyászati — alko-

holos eredetű — megbetegedése nem mutatható ki, nem beszélhetünk függőségről. Mindkét csoport tagjai alkoholisták, csak fokozati különbségről van szó. Az egyes társadalmak — a hazai is — rendelkeznek olyan, meglehetősen laza ivásnormákkal, melyek mértéktartásra késztetnek. Mindenki, aki e normákat betartja, „szociális" ivó, aki az ivásnormáktól eltérően sokat iszik, „aszociális" ivó, vagyis iszákos. A szociális ivók is a veszélyeztetettek közé tartoznak, közülük kerülnek ki azok az alkoholisták, akik azonban nem lesznek mind depedens ivók. Utóbbiakra jellemző, hogy az iszákossággal felhagyni, s ha isznak, az ivást abbahagyni képtelenek.

Fontos jelentősége van annak, hogy társadalmunk elnéző és liberális az alkoholfogyasztással szemben (*Juhász*[47] szerint). Elégtelen az alkoholizmussal szembeni nevelő propagandamunkánk. Társadalmunk elnézi az alkoholizmus hatására végbemenő szellemi leépülés, elbutulás folyamatát, az idegrendszeri és belszervi károsodás veszélyét.

Évekkel ezelőtt még a szociológusok sem gondoltak arra, hogy a társadalmi fejlődés következményeként növekvő szabad idő az alkoholizmus vonatkozásában káros hatású lehet. Már a marxizmus—leninizmus klasszikusai is kifejtették, hogy a szocializmus fejlődése során a tudat fejlődése elmarad. Az egyes személyek szokásai, magatartása jelentősen lassabban változnak, mint azt a gazdasági fejlődés lehetőségei biztosítanák. A fiatalok és felnőttek közül is csak viszonylag kevesen tanulták és szokták meg, hogy növekvő szabad idejüket továbbképzésre, testedzésre, kulturális rendezvényeken való részvételre használják fel, többségük tétlenkedve, rosszul értelmezett pihenéssel, gyakran alkoholizálva tölti szabad idejét.

A növekvő szabad idő gyűjtőfogalmába tartozik a 42 órás (vagy ennél kevesebb) munkahét bevezetésével fennmaradó idő, az állandó szabad szombat, a jelentős évi szabadság, a rehabilitációs szabadság és a gyógyüdülés.

Néhány éve olvashatók olyan közlemények, amelyek szerint a világviszonylatban is csaknem egyedülálló *GYES* által biztosított kedvezményekkel visszaélve sokan — a fiatal anyák közül — rendszeres alkoholfogyasztóvá váltak.

Mint a fiatal drog-visszaélőknél a csoportkényszer, felnőtteknél a baráti, munkatársi környezet csábítása játszik szerepet a rendszeres alkoholfogyasztás kialakulásában. Egyes kollektívák szinte kiközösítik az absztinenseket, de a keveset ivókat is. Isznak a kisebb-nagyobb kollektívák tagjai örömükben, bánatukban, ünnepek, előlépések, kitüntetések, névnapok, születésnapok, eljegyzések, esküvők, csaknem minden közösségi megnyilvánulás alkalmával.

Az alkoholizmus kialakulásában jelentős szerepe van a szinte korlátlan kereskedelmi ajánlatnak, a széles körben hozzáférhető választéknak is. Az alkoholizmus kialakulásában biztosnak tűnnek a genetikai (örökletes) tényezők is (*Kardos* szerint). Igazolja ezt az alkoholizmus előfordulásának családi halmozódása. Alkoholisták gyermekeinél az alkoholizmus 10—20%-os, csak fiúknál 25—30%-os gyakoriságot mutat. Ez az előfordulás többszöröse a populációs rátának. A WHO adatai szerint is a felnőtt férfiak 3—5%-a, a nők 0,1—1,0%-a alkoholista. Felmerülhet, hogy a családon belüli halmozódásnak szociálpszichiátriai magyarázata van. A féltestvérek és a kisgyermekkorban adoptáltak vizsgálata azonban a genetikai tényezők kiemelkedő szerepét igazolja. A 70-es években az USA-ban a féltestvérek vizsgálata igazolta, hogy az alkoholisták fiai alkoholista nevelőapa mellett felnőve 17—25%-ban váltak alkoholistává, a nem alkoholista apa fiai alkoholista nevelőapa mellett felnőve csak 8%-ban váltak alkoholistává. Más országokban végzett utánvizsgálatok megerősítették ezeket az adatokat.

Az alkoholizmus kialakulásával kapcsolatos legfontosabb elméletek felsorolásakor meg kell említeni, hogy itt is szerepet játszik minden tényező, ami a drogok esetében említve volt. Alapvető *Kielholz* triásza: a személyiség, a szociális környezet és az anyag (drog, alkohol) *Dobranovics*[48] az alkoholizmus betegség-koncepciójának elismerésekor legsúlyosabbnak az alkoholfüggőség kialakulását tartja. Az alkohol esetenkénti fogyasztásától az alkoholbetegség kifejlődéséig 4 stádiumot különböztet meg:

— *Az alkohol megszokása*
Ebben a szakaszban az alkohol fogyasztói különböző okokkal, motívumokkal „magyarázzák" alkalmi ivásukat. Fokozatosan kialakult a megszokás, és az egyes ivások alkalmával eufória lép fel. Gyakran neurotikus tünetek, szorongás, depresszív állapot öngyógyító tendenciájaként jelentkezik az alkoholfogyasztás e formája. Negatív szubjektív élményeik leküzdésére isznak, de az ittasság után újabb szorongás, bűntudat, depresszív állapot következik, melyet gyakran újabb ivással oldanak.

— *Imminens (fenyegető) fázis*
E második fejlődési fokozatban már kialakult a függőség, az italfogyasztás megszokássá vált, az alkohol hiánya provokálja az ivást. Ilyenkor már az ittasság kellemetlen másnapos tünetekkel jár, melyeket csak újabb alkoholfogyasztás szüntet meg. Ebben a stádiumban már kimutathatók a szervkárosodások, ezek azonban még nem véglegesek.

— *Kritikus fázis*
Mint más narkomániában, az alkoholizmus kialakulásának e fázisában is elvész az ivás feletti önellenőrzés. Az alkoholista ekkor már nem törődik az ivás testi, lelki és szociális következményeivel. A súlyosbodó elvonási tünetek, a pszichés és testi károsodások által kiváltott panaszok miatt átmenetileg rövid időre felfüggeszti az italozást, de az absztinens szakaszokat egyre súlyosabb ivási szakaszok váltják fel. Mélyülnek az ideg- és elmegyógyászati károsodások.

— *Krónikus fázis, depedens alkoholizmus*
Jellemző az „alkoholéhség" és az „iváskényszer". E fázisban már csaknem állandósul az ittasság, az alkoholista — mint a súlyos kábítószer-élvező — izolálódik, elszakad családjától és munkahelyétől. Magányos ivó lesz, aki alkohol nélkül képtelen fenntartani magát. A súlyos szervi károsodások rendszerint már véglegesek.

A szakemberek szerint az idült alkoholista e szakaszban *mindig* iszik. A számára elfogadható jó közérzetet csak bizonyos véralkohol-koncentráció mellett — átlagban 0,5—1,0 ezrelékes koncentráció — tudja biztosítani.

3. HEVENY ÉS IDÜLT ALKOHOLOS ÁLLAPOTOK

a) Heveny állapotok

Közönséges részegség

Közönséges (típusos) részegségnek nevezzük az egyénenként változóan több-kevesebb alkohol elfogyasztása után hevenyen kialakuló kóros pszichés állapotot. Az egyéni tűrőképesség kialakulása elsősorban az elfogyasztott alkohol mennyiségétől, illetve a szeszes ital töménységétől függ. A tűrőképesség ugyanannál az embernél is változó lehet. Pszichopaták tűrőképessége általában csökkent. Üres gyomorból az alkohol gyorsabban szívódik fel, így kisebb mennyiségű alkohol is részegséget okozhat. Könnyebben alakul ki részegség fáradtság esetében, indulatok hatása alatt. A közönséges ittasság kezdetén a hangulat emelkedik, eufória alakul ki. Az ittas ember figyelme könnyen eltéríthető, asszociációi fellazultak. Bőbeszédűek, szóvicceket gyártanak, de ítélő- és kombinatív készségük felületessé válik, magasabb rendű gátlásaik kiesnek, fecsegnek, bizalmaskodnak, trágárak. A mozgásos megnyilvánulások könnyűek, fékezhetetlenek, a taglejtések élénkek. Az arc kipirult, a szemek csillognak, a pulzus szapora, a légzés gyorsult, bővebb a verejtékezés és a vizeletkiválasztás.

Az izgalmi *(excitációs)* fázis után depressziós fázis következik. A szellemi műveletek meglassulnak, romlik a figyelem, a felfogás, vontatottá válik a gondolkodás, rossz a közérzet. Nyomottá válik a hangulati állapot, önvádlás, sírás is előfordul. Gyakori, hogy az ittas ember ebben a stádiumban agresszív, kötekedő, ingerlékeny. A mozgások lassultak, bizonytalanok, a beszéd akadozó. A közönséges ittasságnál a járás dülöngélő, gyakori a hányinger, hányás. Ezt követően a tudat fokozatosan elborul, majd az ittas ember elalszik. Az alvás egyre mélyebb lesz, az arc halvány, verejtékkel borított. A szem beesett, a pulzus gyors, a légzés felületes és nehéz, az izomzat ernyedt. Az alvás utáni felébredéskor rossz a közérzet, nyomott a hangulat. Általában

fejfájás, szédülés, gyomorégés, émelygés jellemzi ezt a „másnapos" állapotot.

Kóros (patológiás) ittasság

Legfontosabb jellemzője — igazságügyi vonatkozásban —, hogy heveny *elmebetegségnek* tekintendő. Legfőbb tünete a *tudatzavar*, amelynek hátterében veleszületett hajlamosító tényezők, esetleg alkalmi okok állnak: gyakran észlelhető epilepsziások családjában, idült alkoholisták utódainál (utóbbi esetben szervi idegrendszeri elváltozások és anyagcserezavarok képezik a hátterét), pszichopatáknál. Szerepelhet az előzményekben súlyos koponyasérülés, organikus agyvelői megbetegedés. Alkalmi okként említhetők a heves kedélyi izgalmak, kimerülés, éhezés, nagy meleg stb.

A kóros ittasság kialakulásánál lényeges mozzanat, hogy előfordul kis mennyiségű alkohol elfogyasztása után is (1—2 dl pálinka, 2—3 dl bor) a tudatzavar. A valóságban azonban rendszerint nagyobb mennyiségű alkohol elfogyasztásáról van szó. A kevés alkoholmennyiség és a tudatzavar, különösen hajlamosító tényezők kimutatása esetében, kóros ittasság fennállására utal.

A tudatzavar — egyéb kritériumok hiányában — nem igazol kóros ittasságot, mivel tudatzavar közönséges ittasságban is előfordul. Néha még ma is döntőnek tartják kóros ittasság bizonyítására a mozgások koordináltságának hiányát, ez azonban egymagában nem bizonyító erejű, mivel nagy mennyiségű alkohol elfogyasztása által kiváltott közönséges ittasságban is megtartott lehet a koordináció. Heves, kóros indulat, megrázkódtatás közönséges ittasságból esetleg kijózanítanak, a kórosból nem.

Abortív kóros ittasság

Az abortív kóros (patológiás) ittasság esetén a tudatzavar többnyire kevert mechanizmusú, s döntő jelentőségű a tudat világosságának és koncentrációjának változó jellege. E kóros állapotban a látszólag tiszta tudat mellett lezajló cselekvéstöredékek és magatartásformák változnak meg, a borult és szűkült tudatra jellemző logikátlan, zavart, indulati jellegű emlékezésrészletekkel. A cselekmény tehát változó

tudatállapot és változó magatartás mellett zajlik le, s a változások gyorsan és gyakran követik egymást.

A kóros és abortív kóros ittasság felismerése elsősorban igazságügyi vonatkozásban bír nagy jelentőséggel. Az igazságügyi elmeszakértő a tudatzavart vizsgálja. A tudatzavar megállapítása utólag rendkívül nehézkes. E vonatkozásban fontosak a megbízható tanúvallomások. Megfelelő tanúvallomások esetében a cselekmény jellegéből és lezajlásából, továbbá egyéb elmekórtani tünetekből lehet következtetni a tudatzavar fokára. Jellemzőek a tudatzavarral, ritkábban a hallucinációkkal kapcsolatos indulati kitörések. Megelőzhetik a cselekményt, de a cselekmény során fokozódhatnak és igen súlyos fokúvá válhatnak. Rendszerint szorongásról, félelemről, elemi dühindulatról van szó, ami részt vehet a cselekményben, súlyosbíthatja azt. A kóros indulat illúziószerű észleléseket, hallucinációt, tévelyötletet válthat ki. Az indulat minden esetben különleges erősségű, túlméretezett, nem illik a reális szituációhoz, azzal nem magyarázható.

b) Idült alkoholizmus

Az alkoholizmus diagnózisának felállítása rendkívül felelősségteljes, mivel a kórismét korán meg kell állapítani, hogy a kezelést végleges károsodások kialakulása előtt meg lehessen kezdeni.

Nyugatnémet szerzők tipikus pszichikai magatartásformákat és reakciómintákat állítottak össze, melyek megkönnyítik az alkoholizmus felismerését:

— Belső nyugtalanság, idegesség, remegés.
— Alvászavarok, korai ébredés.
— Nyomott hangulat, bűntudat.
— A megfigyelés, a megjegyzés és a koncentráció nehézségei.
— Indulatosság, túlérzékenység.
— Akaratgyengeség, felületesség.
— Lapos, ötletszegény, együgyű humor.
— Az alkohollal kapcsolatos minden téma kerülése.

Az alkoholizmus, az iszákosság korai tünete a jellem degenerációja[49]: az érzelmi élet labilissá válik, jellemző a befolyásolhatóság, a magasabb rendű etikai érzelmek gátoltsága, eufória, akaratgyengeség, majd értelmi hanyatlás. A magasabb etikai érzelmek hanyatlásában szerepet játszik az értelmi hanyatlás is. Hozzátartozóikhoz gorombák, nyersek. Hazudoznak, nem tudnak beilleszkedni munkahelyi és tágabb társadalmi környezetükbe. Általában saját magukat is elhanyagolják. Jellemző az iszákosokra az indokolatlan eufória, mely az érzelmek ingadozása mellett derűlátó alapszínezetet, tréfáló alapvonást ad az alkoholistának. Az eufória fokozhatja az önérzetet és gyengíti az ítéletalkotást. Gyakran érzik magukat különbnek környezetüknél.

Az idült alkoholisták — elbutulásukkal párhuzamosan — figyelme, felfogása tompult. Csapongó és kóros hazudozások, emlékezetcsalódások alapjait képezhetik. Az elbutulás nem egyformán érinti az egyes szellemi működéseket. Jó hangulati állapotban figyelmük megfelelő. Megszokott, ugyancsak iszákos környezetükben bőbeszédűek, viccelődnek. A szellemi hanyatlás előrehaladásával azonban gondolkodásuk fokozatosan beszűkül.

Az alkoholista érzelmi életének labilitása miatt akaratgyenge lesz, bár gyakori, hogy már betegsége előtt is az volt, s ezért lett alkoholista. Akaratgyengeségét jelzi az ambíció hiánya is. Nem kitartó, munkavégzése során sok kívánnivalót hagy maga után. Az ilyen emberek megbízhatatlanok, gyakran váltogatják munkahelyüket. Keresetüket elisszák, gyakori, hogy meglevő vagyontárgyaikat is eladják az italozás érdekében. Külsejüket elhanyagolják. Fokozott libidó mellett potenciájuk csökken. Nyugtalanul alszanak, álmaik ijesztőek.

A személyiség torzulása, pszichopatizálódása elsősorban szervi agyvelői károsodások következménye, de szerepet játszanak kialakulásában az alkoholista életvitelére jellemző egyéb pszichikai zavarok is. Az alkoholista egocentrikussága paranoid magatartást eredményez. Nem ritka az alkoholos paranoia sem, melyet tartalmilag leggyakrabban féltékenységi téveszmerendszer jellemez.

Vizsgálatok igazolják, hogy a huszonéves alkoholisták jelentős százalékának intellektuális fejlődése elmaradt, kifejezett fokú elbutulás volt kimutatható, s ez az elbutulás szerepet játszik abban, hogy a kórházi kezelésen (elvonókúrán) már átesett fiatal alkoholisták több mint fele folytatja az alkoholizálást. A szellemi hanyatlás korai következménye a rendszeres alkoholfogyasztásnak, s ez a hanyatlás az életkor előrehaladásával egyre nő és mélyül. (E vizsgálatokat világviszonylatban is az elsők között Kardos végezte.)

Első vizsgálatakor válogatás nélküli 100 huszonéves alkoholista beteg közül, kezelésük harmadik hetében — toxikus és elvonási tünetek lezajlása után — kétszer több intellektuális fejlődésében elmaradt személyt talált, s minden harmadik esetben értékelhető fokú elbutulást észlelt. Később 200 huszonéves alkoholista vizsgálata során 51-nél talált 16—48% közötti szellemi leépülést.

Végül 50 fő 30—39 éves, és 50 fő 40—49 éves alkoholista beteget vizsgált. Az előbbi csoportban 30, az utóbbiban 50%-os volt a leépülés előfordulása.

Vizsgálataiból többek között azt a következtetést vonta le, hogy alkoholistáknak nem kell évtizedekig inniuk az „elbutulás kedvéért", hiszen értelmi hanyatlásuk húsz éves korukban legalább minden harmadik esetben, 40 éves koruktól minden második esetben kimutatható.

4. AZ ALKOHOLIZMUS TESTI KÍSÉRŐ BETEGSÉGEI

Az idült alkoholizmus testi kísérő betegségei a szervezet belső rendszerének legkülönbözőbb pontjain megjelenhetnek. Jellemző a *garathurut,* mely krákogással, köhögéssel jár. A *gyomorhurut* étvágytalanságot okoz, gyakori a reggeli öklendezés, hányás. A *bélhurut* hasmenéssel jár, s a B-vitaminok felszívódási zavara több betegség kialakulásában szerepel oki tényezőként.

Az alkoholos eredetű *szívizomkárosodás* előfordulásának

gyakoriságát (1978-ban NSZK-szerzők) az ismeretlen eredetű szívbetegségek között 30—80%-ra becsülik.

Az alkoholos eredetű *szívizomkárosodás* — különösen terheléskor — nehéz légzéssel, légszomjjal jár. E szívbetegségnél a szív minden irányban kitágul. Előfordulnak ritmuszavarok is. Kialakulásában valószínűleg az alkohol egyik bomlástermékének, az acetaldehidnek a szívizomrostra kifejtett mérgező hatása döntő jelentőségű. A gyógyulási remény nehéz. Csak teljes alkoholabsztinenciától várható valami eredmény. (Nagy adagú B 1 vitamin is jó hatású.)

A szívizomkárosodás mellett EKG-vizsgálattal gyakran kimutatható az *ingerképzés*, illetve az *ingervezetés* zavara is. Ilyenkor szapora a szívműködés.

Az alkoholizmus az esetek több mint 30%-ában okoz májzsugorodást. Az alkohol mennyisége és az időtényező mellett szerepet játszanak a májzsugorodás kialakulásában az ivási, táplálkozási szokások, kísérő betegségek, öröklődési tényezők (utóbbi jelentősége mellett szól, hogy számos súlyos alkoholista soha nem kap májzsugorodást). Ha a beteg tovább iszik, a májzsugorodás halállal végződik. *Az abszti-nencia sem jelent biztos garanciát a gyógyuláshoz.* Az alkohol májméreg. Rendszeres fogyasztása után alakul ki a máj zsíros feltöltődése, a megnagyobbodott zsírmáj. Ez a stádium az alkoholfogyasztás végleges megszüntetésekor gyógyul. Az alkohol további rendszeres fogyasztásakor *alkoholos májgyulladás* alakul ki, mely absztinencia esetében lényegesen javulhat. A gyulladás után, az ivás folytatásakor *májzsugorodás* a következmény, mely gyakran teljes absztinencia betartása mellett is fokozatosan súlyosbodik és az alkoholista halálát okozza.

> Francia szerzők szerint abszolút alkoholt tartalmazó szeszes ital (6 dl bor!) rendszeres fogyasztása májzsugorodást okoz. A szakértők többsége magasabb alkoholmennyiséget említ. Többen állítják, hogy csak napi 60 gr-os alkohol 20 éven át tartó fogyasztása okoz — minden harmadik betegnél — májzsugorodást.

Heveny, majd idült hasnyálmirigy-gyulladás 6—8 éves alkoholfogyasztás után alakul ki. Egyes szakemberek szerint,

ha fiatalok 20 év körüli korban kezdenek alkoholizálni, a várható élettartam — a hasnyálmirigy gyulladása miatt — nem lépi túl a 40 évet.

Alkoholos sokideggyulladás az alkoholisták 20%-ában fordul elő. A végtagokban fájdalmak, kellemetlen zsibbadások (fonákérzés) lépnek fel. Részben toxikus károsodásra, részben B-vitamin-hiányra vezetik ezeket vissza. Károsodik a látó- és hallóideg is (látásromlás, nagyothallás).

Epilepszia alkoholika: idült alkoholizmus esetében viszonylag gyakoriak az eszméletvesztéses rohamok.

A felsorolt betegségeken kívül a szakemberek az alkoholizmusnak tulajdonítanak sok esetben különböző típusú *vérszegénységet, meddőséget, impotenciát is.*

5. ALKOHOLOS ELMEBETEGSÉGEK

a) Delirium tremens

Ma is az elmeosztályok magas, lassan egyetlen halálos veszélyt jelentő megbetegedése. Létrejöttének mechanizmusa nem tisztázott. Általában 8—10 éve folytatott alkoholizálás után alakul ki. Valószínű, hogy komplex anyagcsere-katasztrófáról van szó, melyben döntő a B-vitaminok anyagcseréjének zavara. Kitörése előtt az anyagcsere már súlyosan zavart, károsodott, fertőzések és egyéb külső eredetű megterhelések kiváltó tényezőként szerepelnek.

A bevezető szakaszra jellemző a rossz közérzet, a környezeti ingerekkel szembeni érzékenység, a labilis hangulat, enyhe nyugtalanság. Megnehezül a felfogás, szórtabb a figyelem, a beteg rosszul koncentrál. Gyakori, hogy az alapszemélyiség sajátos vonásai hangsúlyozottan kerülnek előtérbe: egyesek ingerlékenyebbek lesznek, nyugtalanabbak, izgágák, mások tompák, nyomottak vagy éppen felhangoltak.

Maga a delírium egészen rövid idő alatt kirobbanhat: a beteg tájékozatlanná válik, tudata fokozódóan — álomsze-

rűen — zavart, a tudatzavar mélysége hullámzik. Spontán is feltisztulhat a tudatzavar, erélyesebb ingerekkel, kérdésekkel, felszólításokkal is áttörhető. Ezt követően a tudatzavar ismét kialakul. Ebben az álomszerű állapotban előfordulnak érzékcsalódások. Kezdetben gyakoriak az illúziók, majd főképp látási hallucinációk: nyüzsgő kis állatok, emberek, torz alakok látása, kóros testérzések, hallási hallucinációk jellemzőek. Az érzékcsalódások megjelenésének kedvez az ingerszegény környezet, a sötétség és a csend, így elalvás előtt fokozottan lépnek fel hallucinációk. Az érzékcsalódások a betegek számára rendszerint a valóság élményét jelentik: heves félelem, elhárító mozdulatok. Ilyenkor a beteg a hanghallásokra válaszol. Máskor foglalkozásának megfelelő vagy jelenetszerű mozgások jelentkeznek. Az akaratlan mozgások különbözőek lehetnek, de legjellemzőbb a remegés. Mindenképp meg kell említeni a vérkeringés fokozódó elégtelenségét (felborulását), mivel általában ez okozza a halált.

b) Alkoholos hallucinózis

Hosszú ideig tartó alkoholizálás után jelentkező kórkép, amely általában a személyiség reakciójában erre hajlamos egyéneken lép fel könnyebben.

Tiszta tudat mellett jelentkező hallucinációkról van szó, melyeket súlyos szorongás kísér. A hallucinációk tartalma mindig fenyegető, e betegek úgy érzik, hogy vádolják, fenyegetik őket. Mindvégig tájékozottak, nemegyszer a rendőrségtől kérnek segítséget.

c) Alkoholos paranoia

Tünettanára jellemző a féltékenységi téveszmerendszer. Leggyakoribb, hogy házastársuk hűtlenségét a legképtelenebb történetekkel támasztják alá. E kórkép lassan, fokozatosan alakul ki, gyógyítása nehéz.

6. A HAZAI ALKOHOLFOGYASZTÁS ÉS GAZDASÁGI KÉRDÉSEI

Az alkoholizmus hazai előfordulásának értékelésekor vizsgálni kell a korábbi évtizedek fogyasztását és adatainkat össze kell hasonlítani más országok adataival.

Az állami kereskedelemben eladott szeszes ital mennyisége ismert, és következtetéseket lehet levonni a májzsugorodásban meghaltak és a delírium tremenszben megbetegedettek számából is. Figyelembe kell venni az egyéb olyan haláleseteket is, ahol az alkoholnak ha nem is döntő, de kétségtelen szerepe van (pl. érbetegségek), továbbá az alkohol befolyását a közlekedési és egyéb balesetekben is. (Megjegyzendő, hogy a májzsugorodást nem minden esetben alkohol okozza, továbbá, hogy a *zugpálinkafőzdék* és a *bögrecsárdák* adatai hiányoznak az állami adatokból.)

1980-ban Magyarországon, a 20—60 éves korosztályban 150—180 ezer volt a dependens[50] alkoholisták száma, hozzávetőleg kétszerese az olyan iszákos, aki már veszélyeztetett. A férfiak és nők aránya 10:1-hez, végeredményben a férfiak 5%-a alkoholista, 10%-a iszákos, a nők 0,5%-a alkoholista, 10%-a veszélyeztetett fogyasztó *(Kardos)*.

Más adatok szerint 200 000 a nyilvántartott súlyos alkoholista, félmillióra tehető a betegség közelében álló nagyivó, 2—2½ millió az erősen veszélyeztetett. Mindenesetre tény, hogy az elmúlt két évtized alatt megduplázódott a hazai alkoholfogyasztás.

Boór Károly a Központi Statisztikai Hivatal 1980. évi és a Mundó Economica 1970 júliusában közölt adatai alapján von le következtetéseket az egy főre eső nemzeti jövedelem, az életszínvonal és az árpolitika összevetéséből. Hét fejlett kapitalista ország adatait egybevetve állapítja meg, hogy az árpolitikának, a fogyasztási szokásoknak, a termelési adottságoknak nagyobb szerepük van az alkoholfogyasztás alakulásában, mint a nemzeti jövedelem szintjének.

Ezt igazolják Magyarország fejlettségi színvonalához közel álló néhány ország adatai is. Feltűnő azonban, hogy

az alkoholfogyasztás mennyisége az alacsony jövedelem ellenére is nagy.

Közleményében azt az összefoglaló következtetést vonja le, hogy azokhoz az országokhoz tartozunk, ahol a jövedelem igen *nagy hányadát fordítjuk szeszes italokra.* A viszonylag magas fogyasztói árak nem csökkentik a fogyasztás emelkedését. Alkoholfogyasztásunk összetétele miatt is veszélyeket rejt magában. Jelentősen növekedett az égetett szeszesitalok fogyasztása, e tekintetben jelenleg a *világlista harmadik (!) helyén állunk.* (Évi 4,5 l abszolút alkoholra számított mennyiséget fogyasztunk.) Az egyes országok alkoholfogyasztásának költségeit, színvonal- és összetételbeli különbségeit *csak gazdasági okokkal* nem tudjuk megmagyarázni. Jelentős szerepe van ebben a fogyasztási szokásoknak, életkörülményeknek, a társadalmi tudat és kultúra tényezőinek.

Az egyes országok lakóinak alkoholfogyasztását az évenként egy főre eső abszolút alkohol mennyiségével szokták jellemezni. Ezen belül fontos a bor, sör és az égetett szeszes italok fogyasztásának viszonya is. Fontos adat az egy főre jutó személyi jövedelemből alkoholra költött összeg százalékban kifejezett értéke, s ezt szokták összehasonlítani az élelmiszerre fordított összeggel.

Magyarország az elmúlt években mind az egy főre jutó abszolút alkohol fogyasztása, mind a személyi jövedelemből alkoholra költött összeg tekintetében egyre „előkelőbb" helyre került a világlistán. ENSZ-adatok alapján az évenként egy főre jutó alkohol mennyisége:

1.	Franciaország	15,4 liter
2.	Spanyolország	14,1 liter
3.	Luxemburg	13,1 liter
4.	Portugália	12,7 liter
5.	NSZK	12,8 liter
6.	Olaszország	12,7 liter
7.	Magyarország	11,5 liter
8.	Argentína	11,3 liter
9.	Belgium	11,3 liter
10.	Ausztria	11.1 liter
11.	Svájc	10,6 liter

1974-ben 9,9 liter abszolút alkohollal a tizenegyedik helyen álltunk, 1976-ban 10,7 literrel a kilencedik, 1979-ben a hetedik helyre kerültünk. A fogyasztás növekedési üteme ijesztő!

Az abszolút alkoholban kifejezett szeszes ital egy főre jutó fogyasztásánál fontosabb gazdasági adat a személyi jövedelem szeszes italra fordított hányada. A fogyasztásban „élen járó" kilenc ország 1979-es adatai az alábbiak:

Ország	Fogyasztás (liter)	Jövedelemhányad (%)
Franciaország	15,4	2,3
Spanyolország	14,1	1,5
Portugália	13,0	8,1
NSZK	12,8	3,0
Olaszország	12,7	2,3
Magyarország	11,5	11,6
Belgium	11,3	3,5
Ausztria	11,1	3,9
Svájc	10,6	4,7

E táblázat szerint Magyarország messze megelőzi a többi „élenjáró" nyolc országot.

Következtetések vonhatók le az alkohol *relatív ára* alapján kialakított sorrendből is. Az alkohol relatív ára: egy-egy lakos évi 1 liter abszolút alkoholt tartalmazó italért kifizetett összeg százalékban kifejezett értéke.

Nagyfogyasztó, aki évi 10 liter abszolút alkoholnak megfelelő szeszes italt fogyaszt. A statisztikai adatok azonban önmagukban keveset mondanak. Abból az adatból, hogy 10 liter feletti abszolút alkohol elfogyasztása már „nagyivást" jelent, nem mindenki számára teszi érthetővé, hogy ki nagyivó. Ha a bort 10%-os alkoholtartalmúnak vesszük, a napi 3 dl vagy heti kb. 2 liter bort fogyasztó, vagy a heti $^1/_2$ liter konyakot, vagy ennek megfelelő (40%-os alkoholtartalmú) tömény italt fogyasztó nevezhető nagyivónak.

A következő táblázat alapján megállapítható, hogy a *nagyfogyasztó* országokban, Magyarország és Portugália kivételével legolcsóbb az ital. Ugyanakkor a nagyfogyasztóknál fennálló viszonylag magas árak arra utalnak, hogy az ár eszközével nem lehet visszaszorítani a fogyasztást, a magas árak inkább az életszínvonalat befolyásolják.

Ország	fordított jövedelemhányad (%-ban)		100%-os szesz (liter)	1 liter 100%-os szesz ára a jövedelem %-ában
	Élelemre	Szeszes italra		
Magyarország	30,3	11,6	11,5	1,0
Portugália	39,9	8,1	13,0	0,6
Svájc	22,2	4,7	10,6	0,4
Ausztria	19,0	3,9	11,1	0,4
Belgium	21,0	3,5	11,3	0,3
NSZK	22,0	3,0	12,8	0,2
Olaszország	30,6	2,3	12,7	0,2
Franciaország	20,1	2,3	15,4	0,1
Spanyolország	30,3	1,5	14,1	0,1

Sajnálatos, de bizonyított adatok szerint: amennyiben emelkedik a szeszes ital ára, legfeljebb átmenetileg csökken a fogyasztás, az italozó ember kevesebb jövedelmet juttat a családjának.

Magyarországon 1975-ben mintegy 7 milliárd forint volt az a gazdasági kár, ami az alkohollal volt összefüggésben. A szeszmonopóliumokból származó tiszta bevétel 11,2 milliárd volt. Ha a 7 milliárd forinthoz hozzászámítjuk a forintban ki nem fejezhető károkat, akkor megállapíthatjuk, hogy az alkoholizmus kártételei a hatvanas években elérték vagy már-már meg is haladták az alkohol fogyasztásából származó bevételeket. A forintban ki nem fejezhető társadalmi károk közül kiemelkedik a bűnözés, az emelkedő tendenciájú halálozási arány.

7. AZ ALKOHOLIZMUS KEZELÉSE

Az alkoholista, ha már kialakult a függősége, általában nem ismeri el betegségét. Ebben szerepet játszik szellemi hanyatlása is, melyet ugyancsak nem hajlandó tudomásul venni, bár objektív vizsgálatok igazolják ezt. (Nemegyszer környezete sem észleli, mivel megszokott munkáját — munkateljesítménye csökkenése ellenére — rutinszerűen ellátja.) A gyógyuláshoz el kell érni, hogy a beteg „akarjon" gyógyulni.

Fel kell kelteni az egyéni igényt és érdeklődést a gyógyulás, a kezelés iránt. Hatékonyabbá kell tenni az egészségnevelést, intézményesebbé az iskolai, üzemi stb. megelőzést. Törekedni kell az egészségügyi személyzet alap- és továbbképzésének javítására.

A detoxikálás, majd a kórházi kezelés után döntő a rehabilitáció. Foglalkozni kell a beteg szociális helyzetével is. Szociális kezelést jelent a beteg családjával, munkatársaival való kapcsolatfelvétel. A rehabilitáció egyik célja, hogy erősödjék a betegben az absztinencia motivációja, sikerüljön a munkába való visszailleszkedése, lehetősége legyen a szabadidő kulturált felhasználására. Döntő a korai diagnózis. Minél korábban kezdjük el az alkoholista beteg kezelését, annál jobbak az eredmények. Súlyos szellemi leépülés, májzsugorodás után már csak kevés eredmény várható. Az idült alkoholista kezelése nehéz, hosszan tartó folyamat az utógondozással együtt 1—2 év. A gyógyulást 10—20%-ra becsülik, de jó utógondozással, klubterápiával 50%-os eredmény is elérhető.

Sokat foglalkoznak azzal a kérdéssel, hogy képes-e az alkoholista elvonás után mérsékelt ivásra. Általában az a szakemberek véleménye, hogy aki „függő" ivó volt, az mérsékelt ivásra nem képes, egész életére absztinenciát kell vállalnia. (A nagy fogyasztás kivételével törekedni kell arra, hogy a mérsékelt fogyasztói magatartást ne sértsük.)

A *kezelésre* hármas tagozódás jellemző: a megelőzés, a gyógyítás és az utógondozás. A korai idegrendszeri és szervkomplikációk miatt a megelőzés a legfontosabb.

a) Megelőzés

A megelőzés célja a szeszfogyasztás csökkentése. Az epidemiológiai vizsgálatok során a függő alkoholista kategóriája nem választható külön, ezért helyesebb, ha a magas fogyasztási kategóriát vesszük számba.

> Többen vallják azt a véleményt, hogy az alkoholistát semmilyen korlátozás nem akadályozza meg az ivásban, illetve, ha nem jut alkoholhoz, más drogot választ. A 70-es évek elején végzett skandináv kutatások bizonyítják, hogy ez nem igaz. Az Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Irodája is ilyen értelemben foglalt állást.

Az *elsődleges megelőzés* az a komplex tevékenység, mely a kóroki tényezőket kiküszöböli. A kóroki tényezők közül a hatásos alkoholkínálatot, a fizikai és lelki állóképességet, a társadalmi és egyéni tudatot kell kiemelni.

Az elsődleges megelőzéshez tartozik tehát a *felvilágosítás* és a *nevelő munka* is. E nevelő munka nem szorítkozhat az alkoholizmus problémáira, hanem az egészséges életre való nevelésre kell törekednünk. Egyébként is feladatunk, hogy lelkileg edzett, problémákat megoldani képes, érzelmileg differenciált, kulturálisan igényes legyen társadalmunk. A *másodlagos megelőzés* a veszélyeztetettek felderítését, a korán felállított diagnózist, és minél korábban kezdett gyógykezelést jelenti.

A harmadlagos megelőzés a visszaesések megakadályozását, a rehabilitációt, utógondozást jelenti.

> A drog- és alkoholélvezet megelőzésében legfontosabb a *felvilágosítás*. Néhány évvel ezelőtt ismert külföldi szerzők kifejtették azt a véleményüket, hogy a felvilágosítás csekély hatású. Arra céloztak, hogy a prevenció feladata elsősorban nem a felvilágosítás, hanem a nevelés kell hogy legyen. Gondoljuk meg azonban, hogy ebben az esetben oktató rendszerünket alapvetően meg kellene változtatni. Az eddiginél is jobban előtérbe kellene helyezni az iskolák nevelői funkcióját.

A fiatalok *nevelése* önmagában kevés. Bár hallunk olyan véleményeket, hogy narkománia visszaszorításában az adminisztratív eszközök nem segítenek, saját és külföldi tapasztalatok igazolják, hogy ez nem igaz minden vonatkozásban. Ha a fiatalkorúak üzletekben nem vásárolhatnának alkoholt — szüleik számára sem —, kiesne egy feltételes reflex, mely az alkohol megvásárolhatóságával függ össze. Amennyiben a hadsereg hivatásos állománya — az intézkedéseket megszegve — nem inna szolgálati helyén, s egyenruhás sorkatona sem italboltban, sem bármilyen üzletben nem vásárolhatna alkoholt, komoly eredményeket érnénk el. Az alkoholizmus megelőzése mellett megszűnnének az ittas állapotban elkövetett garázda cselekmények, elöljárók megsértése, az önkényes eltávozások jelentős része stb.

b) Gyógykezelés

Legfontosabb formája az *elvonókezelés*. A kórházba kerülteknél rendszerint nem kezdhető meg azonnal. A deliráló beteget ideg- és belgyógyászatilag kell először rendbe hozni. A szívizom-károsodások esetében előbb a szív állapotát kell javítani. Igen sok problémát jelent (eltekintve a kényszerelvonástól) a beteg „rábeszélése" az elvonókezelésre. Súlyos alkoholisták, akiknél szervbetegségek is fennállnak, gyakran állítják határozottan, hogy nem iszákosak, illetve bármikor abba tudnák hagyni az alkoholizálást. Tapasztalataink szerint ez közel sincs így. Elvonás után a kezeltek többsége, a gyógyszert elhagyva, tovább iszik. Ennek az ellenkezője lenne nehezen érthető. A súlyos alkoholistáknál a függőség kínzóan követeli az alkoholt. Csak több hetes kórházi kezelés, pszichológiai foglalkozás, majd hosszú ideig (1,5—2 év) tartó utógondozás jelent garanciát a gyógyulásra.

Az elvonókezelés pszichoterápia nélkül nem vezet eredményre. Az egyéni és csoport-pszichoterápia célja a gyógyulni akarás elérése, a magatartás megváltoztatása, a jövőtervezés, az alkoholmámor nélküli örömkeresésre való törekvés.

A pszichoterápiát szocioterápiával kell összekapcsolni. A széthullott családi, munkahelyi, baráti kapcsolatok helyreállításának segítségével, újratanításával, korrigálhatók a magatartásmódok. Említendő még a munkaterápia, mely különösen hosszabb kórházi kezelés esetében erősíti a szociobilitást. A munka sikerélményként beépül a személyiségbe, alkalmassá teszi a beteget a társadalmi normákhoz való megfelelő alkalmazkodásra.

c) Utógondozás

Hazai és külföldi tapasztalatok szerint is csak a *jól megszervezett utógondozás* vezet végleges eredményhez. Pszichoterápiás kezelés mellett a polgári életben szép eredményei vannak a klubterápiának. Ma még talán csak utópia, hogy a hadsereg egyes alakulatainál — nemcsak a már elvontak számára — alkoholmentes klubok létesüljenek. Itt a katonák szeszes ital kivételével mindent megkaphatnának, amit egy klub biztosítani tud. Vezetőjéül pszichológiailag is képzett személyt kellene megbízni, aki a szórakozási lehetőségek mellett megfelelő programok szervezésével tenné színvonalassá az alkoholmentes klub életét.

d) A heveny alkoholmérgezés kezelése

A heveny alkoholmérgezés — *részegség* —, és annak különösen súlyos formája — az *alkoholos kóma* — esetében döntő az elkülönítő diagnózis biztos felállítása. Enyhébb esetben csak belső nyugtalanságról van szó. Súlyosabb stádium, amikor már a mozgások határozatlanok, a beteg nem tud egyenesen állni, dülöngél, szédül. Ilyenkor aluszékonyság, szapora, felületes szívverés tapasztalható, a légzés, a beszéd, az írás bizonytalan.

A legsúlyosabb a *kómás* állapot. E súlyos alkoholmérgezésnél a vércukorszint kifejezetten esik, egyéb kóros változások is bekövetkeznek, elsősorban a testnedvekben. A májszövet elhalásával fellépheinek anyagcserezavarok. Eb-

ben az állapotban a beteg egyéb kóros behatásokkal szemben csökkent ellenálló képességű, így tüdőgyulladásra, bevérzésekre fokozottan lehet számítani.

A gyógykezelés során törekedni kell a szervezetbe jutott szeszes ital eltávolítására. Infúzióban cukorbevitellel, vitaminokat és egyéb, az alkohol lebontását gyorsító készítményeket kell adni. Nyugtatók ilyenkor nem adhatók. Légzészavar esetében gondoskodni kell a beteg lélegeztetéséről, ugyanakkor fontos a beteg fokozatos felmelegítése is.

a) Kényszergyógykezelés

Az alkoholista előbb vagy utóbb megsérti az emberi együttélés írott és íratlan normáit. A társadalom regisztrálja a túlzott fogyasztást, és tiltó rendelkezéseket hoz létre. Egyre több munkahelyen — különösen gépkocsivezetőknél — ellenőrzik az alkoholfogyasztást. Család- és ifjúságvédelmet szolgál a fiatalok alkoholkiszolgálási tilalma, a fizetés letiltása, illetve a feleségnek történő kifizetés alkoholista családfő esetében stb. Alkoholista szülők veszélyeztetett gyermekeit a gyámhatóság állami gondozásba helyezheti a szülők tiltakozása ellenére is. Bűncselekmények elkövetésekor az érvényben lévő Btk. értelmében a közönséges ittasság nem jelent mentő, korlátozó körülményt (annak ellenére, hogy valójában toxikus tudatzavar áll fenn), mivel önhibából jött létre. Beszámíthatatlanságot jelent a Btk. 24. §-a értelmében az összes alkoholos elmezavar, továbbá a kóros és abortív kóros ittasság is. Utóbbiak esetében az az orvosi magyarázat, hogy heveny elmebetegség lép fel, rendszerint függetlenül az elfogyasztott alkohol mennyiségétől.

Bűncselekmény és különböző, társadalmilag veszélyes esetekben az orvosszakértő megállapítja az idült alkoholizmus tényét, s a bíróság a büntetés kiszabásakor az alkoholistát *elvonókezelésre* is kötelezheti.

Ha az idült alkoholista nem vállal önkéntes elvonókezelést, ugyanakkor környezetét (kiskorú gyermekeit, családját, munkahelyét) zavarja, veszélyezteti, a tanács szakigazgatási szervei (Eü. Osztály), illetve a megfelelő, e célra lét-

rehozott bizottságok döntése után kényszergyógykezelésre kötelezhetik.

A kényszerelvonás formái:

— Kórházban pszichiátriai osztályon.

— Munkaterápiás intézetben (Nagyfa). A kezelés bírói végzés alapján 2 évig tart. (Az intézet vezetője indokolt esetben korábban kibocsáthatja a kezeltet.)

Nagyfai Munkaterápiás Alkoholelvonó Intézet:

1975-ben az Elnöki Tanács 10. sz. v. Rendelete értelmében az Igazságügyminisztérium ezerágyas intézetet létesített Nagyfán az alkoholisták kényszergyógykezelésére. A törvény értelmében ide csak azok kerülhetnek (a tanács szakigazgatási szerveinek beutalása alapján), akik már az alkoholelvonó kezelés (kórházi) minden egyéb formáján átestek eredmény nélkül, s további alkoholizálásukkal környezetüket veszélyeztetik. A beutalás feltétele még a munkavégző képesség, mivel a Nagyfán eltöltött idő — a polgári élethez hasonlóan anyagi dotáció mellett — munkaviszonynak számít. Az intézet olyan alkoholisták számára működik akiknél a testi, fizikai károsodás még nem alakult ki, viszont személyiségükre már a torzulás jellemző.

> A Nagyfai Munkaterápiás Intézetben — az igazgató főorvos szóbeli közlése szerint sem kerülhető el, hogy a kezeltek szeszes italhoz jussanak. Bár az intézet zárt jellegű, naponta szállítanak oda élelmet és egyéb anyagokat. Sajnos itt sem akadályozható meg a szeszes ital becsempészése. A kezeltek közül többen az intézeten kívül dolgoznak, illetve eltávozási engedélyt kapnak. Ha leittasodnak, kedvezménymegvonással fenyíthetők, illetve megfosztják magukat attól a lehetőségtől, hogy az elrendelt időnél korábban haza bocsássák őket.

8. AZ ALKOHOLIZMUS TÁRSADALMI VONATKOZÁSAI

a) Szociológiai kérdések

Az alkoholizmus állandó jellegű terjedésében, az alkoholisták számának növekedésében különböző társadalmi, szociokulturális tényezők játszhatnak szerepet. Ezek a következők lehetnek:

Anyagi körülmények:

hazánkban az életszínvonal emelkedésével párhuzamosan emelkedett az alkoholfogyasztás. A számítások szerint 1975-ben minden lakos évi 2880,— Ft-ot költött italra, 1976-ban 3112,— Ft-ot, 1980-ban már 4224,— Ft-ot.

Szabad idő igénytelen felhasználása:

a munkaképes férfiak egyharmada jár italboltokba, vagy hasonló vendéglátóipari egységekbe szabad idejében.

Felgyorsult életritmus:

az egyre növekvő, feldolgozatlan információtömeg, feszültségek szerepet játszanak az alkoholizmus kialakulásában.

Az alkohol korlátlan hozzáférhetősége:

a néhány évvel ezelőtt részben csökkentett beszerzési lehetőségek ellenére az államilag szervezett kínálatnak döntő szerepe van abban, hogy nő az alkoholisták száma.

Ivásformák fellazulása:

az ún. szociális ivásból könnyű az alkoholistává válás. Ebben az egyéni hajlamosító tényezőkön túl a társadalom felelőssége is jelentős.

Az alkoholizmusból eredően olyan egyéni *károk* keletkeznek, amelyek nagyságuknál — az alkoholisták összességével — fogva kihatnak az egész társadalom gazdaságára. Ezek a károk a következők lehetnek:

— Az alkoholistánál belgyógyászati és idegrendszeri betegségek lépnek fel.

— Izolálódik, elszakad családjától, kiesik munkahelyéről, elveszti emberi kapcsolatait, egyetlen kontaktusa a „jó cimborákra" korlátozódik.
— Megnő az öngyilkosság veszélye. Az alkoholista magára marad, reménytelen helyzetének felismerésekor igen gyakori az öngyilkosság. (Az öngyilkosságok 40—50%-a valamilyen formában összefügg az alkoholizmussal.)
— A balesetek 10—35%-a alkoholos állapotban következik be.
— A nem gyógyítható férfi tbc-s betegek 70%-a idült alkoholista.
— Állami gondozásba vételnél 60%-ban szerepel a szülők alkoholizmusa.
— Minden harmadik bűnözés alkohollal függ össze.
— A válások okaként 50%-ban szerepel alkoholizmus.
— A gazdasági kár felmérhetetlen és felbecsülhetetlen.

A férfi elmeosztályok mintegy 40%-át teszik ki az alkoholos diagnózisok. A túlterhelt pszichiátriai osztályokon az elvonókezelésre általában csak 2—3 hetet tudnak biztosítani, ami nem elegendő.

b) Az alkoholizmus és a bűnözés

Az alkoholfogyasztás lazító, kritikátlanságot okozó hatása bűncselekmények elkövetésére késztet, illetve megkönnyíti azok elkövetését.

M. Tolkan lengyel szerző adatai is az alkohol és a bűnözés közötti ok-okozati összefüggést igazolják. A Krakkói Megyei Bíróságon tárgyalt esetek bizonyítják, hogy ezer elítéltből 688 személy követte el bűncselekményét alkohol hatása alatt. Az NDK-ban *H. Szevczyk* végzett vizsgálatokat. Ezek eredménye szerint bűntetteiket megelőzően a betörők és a rablók 83%-a, a szexuális erőszakot elkövetők 75%, a testi sértést okozó garázdák 65%-a komolyabb mennyiségben fogyasztott alkoholt. Gyilkosságot a fiatal alkoholisták hétszer gyakrabban követnek el a nem alkoholistáknál.

1979-ben Magyarországon a katonai bíróságokon elítélt katonák több mint 56%-a alkoholos befolyásoltság állapotában követte el bűncselekményét. Részletesen:

Államigazgatás elleni bűncselekményekben:	70,6%
Közlekedés elleni bűncselekményekben:	67,9%
Személy elleni bűncselekményekben:	77,1%
Család-, ifjúság-, nemi erkölcs elleni bűncselekményekben:	80,0%
Vagyon elleni bűncselekményekben:	36,6%
Katonai bűncselekményekben:	50,3%

1979 második felében a függelemsértés miatt elítélt valamennyi katona alkoholos befolyásoltság állapotában követte el cselekményét.

1980 második felében a katonák által elkövetett közlekedési bűncselekmények 97,2%-ában szerepelt az alkoholizmus befolyásoló tényezőként.

9. ALKOHOL A HADSEREGBEN

Minden *drogra*, és az *alkoholra* is jellemző, hogy csak akkor jelent problémát ha a társadalom egy vagy több rétegében igény jelentkezik iránta (példa erre, hogy Magyarországon az elmúlt évekig gyakorlatilag nem jelentkezett igény az ópium iránt). A hadsereg 18—24 éves sorállományában azóta jelent komolyabb gondot az alkohol, mióta az iszákosság viszonylag fiatal korosztályoknál kezdődik — mint mindenütt a világon —, s a bevonulók néhány százaléka már a hadseregbe lépésekor iszákos, egyesek idült alkoholisták. A zárt katonai közösség nevelő, visszatartó hatása, az állandó elöljárói felügyelet a pszichopaták zömét sem képes megnevelni, több fenyítés után, a konfliktus szaporodása miatt katonai ügyészségre kerülnek. Az iszákos katonáknál hasonló a helyzet. Csak egészen kis százalékban képesek beilleszkedni az új kollektívába. Többnyire minden lehetőséget felhasználnak, hogy szeszes italhoz jussanak.

Gyakori, hogy a korábban absztinensek is a csoportkényszer, az izolálódástól való rettegés miatt fokozatosan hozzászoknak az iváshoz. Csak össztársadalmi pozitív hozzáállás képes segíteni e nehéz helyzetben.

Az alábbi példa utal a család és a barátok felelősségére:

> 1981-ben behívóparancsot kapott egy 23 éves sorköteles. Szülei korán elváltak, közel tíz évet állami intézetben töltött. 16 éves korától alkoholizált rendszeresen. Bevonulás előtt, alkoholos állapotban elkövetett garázdacselekmények miatt két évet töltött börtönben. A behívóparancs megkapása után családja búcsúzott tőle, miközben nagy mennyiségű szeszes italt fogyasztott. A bevonulás napján bort „reggelizett", s magával vitt még egy üveg bort, amit útközben meg is ivott. A gyülekezőhelyen társaival ismét konyakot, pálinkát és bort ittak. Autóbusszal szállították őket alakulatukhoz, de induláskor családtagjaik több üveg italt adtak be az ablakon. Útközben is ittak, egymást kínálták. Erre az időszakra már csak homályosan emlékszik, míg a későbbiekre teljes emlékezetkiesés állt fenn. Másnap fogdában ébredt. Eljárás indult ellene. Az iratok szerint botrányt okozott, megtámadta a rendészet intézkedő tagjait, közösséget sértő kijelentéseket tett. A szakértői vizsgálat közönséges ittasságot állapított meg, szabadságvesztés ítéletet kapott.

Ez a példa, melyhez hasonlóval gyakran találkozunk, igazolja, hogy a család, a barátok szerepe döntő jelentőségű. A bevonulást, az eltávozást, szabadságot szinte kivétel nélkül alkohollal ünneplik. A következmény ittas állapotban, késve történő visszatérés, gyakran olyan körülmények közé való kerülés, mely már csak fegyelmi úton oldható meg. Az elmúlt években jelentősen nőtt a hadseregben a sorállomány alkoholizálása. E körülmény magyarázza, hogy a fegyveres erők és testületek tagjai által elkövetett bűncselekmények egyharmadánál az ittasság a közvetlen kiváltó ok.

A rendőrökkel, illetve a rendészeti járőrökkel szembeszegülő, s emiatt bíróság elé állított katonák kivétel nélkül ittasan követték el cselekményüket.

„Meg kell változtatni — ami igen nehéz — megrögzöttnek látszó társadalmi szokásainkat, hogy nem ünnep az ünnep ital nélkül." *(Mátyás M.*[51]*)*

Az alkoholizmus hadseregen belüli terjedését, a felvetett problémák súlyosságát fokozza, hogy hazánkban is egyre fiatalabbak kezdenek rendszeresen inni. Magyarországon 1979-ben az évi, egy főre számított alkoholfogyasztás tekintetében a hetedik helyre került, és ebben a negatív eredményben a fiataloknak is nagy szerepe volt. A fiatal korban kezdett alkoholizálás intellektuális hanyatlást, leépülést okoz, ezért egyet lehet érteni azzal a véleménnyel és szándékkal, hogy a társadalomellenes *alkoholfogyasztás felszámolásához összehangolt és következetes munka szükséges.*

Néphadseregünk felső vezetése, a parancsnokok, a párt-, politikai szervek, a katonaorvosi kar, nem utolsósorban a katonai ügyészségek és bíróságok munkatársai már hosszú évek óta dolgoznak e nemes cél érdekében. „E célt nem lehet leszűkíteni az alkoholizmus elleni küzdelemre, mivel az alkoholizmus már betegség, és hatóköre a hadseregben igen szűk. Az alkoholfogyasztás minden fajtája ellen viszont értelmetlen lenne fellépni. Mivel bevett életszokásról van szó, nem is találnánk megfelelő bázisra e munkához. A megelőzés adminisztratív és nevelő, felvilágosító jellegű módszereinek pedig egymást kiegészítve, egymással szoros összhangban kell állniuk. *„Fokozott figyelmet kell fordítani a hátrányos környezetből, alacsony műveltségi szinttel, primitív szokásokkal bevonult sorkatonákra. Mértéktelen italozásuk hatásaként a legsúlyosabb eseményeket ugyanis ők okozzák."* (Dr. Kámán József.)

Meg kell azonban jegyezni, hogy csak egy szűk kisebbségről van szó, hiszen a fegyveres erők és testületek tagjai — kevés kivételtől eltekintve — fegyelmezett, hazájukat és hivatásukat szerető egyének, akik megértik a szolgálat szükségességét és jelentőségét, s becsülettel igyekszenek eleget tenni a velük szemben támasztott követelményeknek. A kívülállók azonban nem e becsületes többségre, hanem az italozó kisebbségre figyelnek fel, s a város utcáján rendezetlen ruházatban, ittasan tántorgó egyenruhást azonosítják a többséggel, adott esetben a hadsereggel. Roppant veszélyes ez a kisebbség, mert a laktanyán belül is megragad minden lehetőséget arra, hogy — akár az előírások kiját-

szásával is — alkoholhoz jusson. Márpedig nem véletlen, hogy *„az előírások a legkisebb mennyiségű szeszes ital fogyasztását is tilalmazzák az elhelyezési körleten belül, de különösen a szolgálatok teljesítésénél. Hiszen a fegyveres erők és testületek beosztottai többnyire fegyverrel teljesítenek szolgálatot, milliós értékű fegyverzetet, járműveket kezelnek. Nem kell különösebb képzelőerő ahhoz, hogy valaki megértse, milyen következményekkel járhat egy töltött fegyver ittas személy kezében, vagy egy harci járműnek részeg állapotban való vezetése."*

10. ESETISMERTETÉSEK

(1) 34 éves főhadnagy névnapján konyakkal vendégelte meg tiszttársait. *Ő legfeljebb 1 dl konyakot ivott* szolgálati helyén. Délután 16 óra körül betért egy bisztróba, ott fél dl rumot és 5 üveg sört fogyasztott el. A szemtanúk szerint nem keltett ittas benyomást. 19 órakor jött ki a bisztróból, és gyalog indult haza, lakásáig kb. 20 percig tartott az út. Hazafelé haladva — elővéve köpenye zsebéből tőrkését — egymás után négy személyt szúrt meg. A sértettek és a tanúk szerint is nyugodt léptekkel haladt, egyetlen szót sem szólt. Házukba érve, a lépcsőházban késével meg akarta szúrni egy vele jó kapcsolatban levő tiszttársát, s miután az illető visszafutott lakásába, dörömbölt az ajtón, majd kését az ajtóba szúrva hagyta és saját lakásába ment. Köpenyét levéve, táskáját letéve vacsorához ült. Nem sokkal később csöngettek, előbb rendőrök, majd a laktanyából az ügyelet jött, és őrizetbe vették.

A véralkohol-vizsgálat eredménye 2,59 ezrelék volt, tehát *súlyos* fokú *alkoholos befolyásoltságot* igazolt.

Elmeszakértői vizsgálatkor családi terheltség vagy értékelhető korábbi megbetegedés nem volt megállapítható. Általában napi 1—2 üveg sört fogyasztott, esetenként többet. Az elmeszakértők — a viszonylag magas véralkoholszint ellenére — kóros ittasságot állapítottak meg. Az indokolás

során hivatkoztak arra, hogy nem tűnt ittasnak, cselekménysorozata motiválatlan, bizarr, énidegen, annak egyetlen mozzanatára sem emlékezett vissza. Tekintettel a bűncselekmény súlyosságára, további két elmeszakértői vizsgálat is történt, ezek az előbbi véleményt megerősítették, s ugyancsak képtelennek tartották vádlottat cselekménye társadalmi veszélyessége belátása és a helyes magatartás megválasztása vonatkozásában. A katonai bíróság *kényszergyógyító kezelést* rendelt el.

(2) 21 éves honvéd, 1980-ban vonult be katonai szolgálatra. Örökletes vagy egyéb betegsége nem volt. Szülei 6 éves korában elváltak, nagyszülei nevelték. 8 általános iskolát végzett, betanított munkás. 16 éves korától fogyaszt rendszeresen szeszes italt. Néhány éve már napi 2—3 dl rum és 8—10 üveg sör a napi adagja. 1981 júniusában önkényesen elhagyta alakulatát, és néhány óra alatt 2 liter bort és másfél dl pálinkát fogyasztott. Ezután önként visszament szolgálati helyére, de tévedésből más körletben feküdt le. Emiatt verekedést kezdeményezett egyik társával, majd nem volt hajlandó fogdába menni. Eljárás indult ellene. A szakértői vizsgálat *közönséges ittasságot* állapított meg. A katonai bíróság *Fegyelmező Zászlóaljban letöltendő szabadságvesztésre* ítélte.

(3) 20 éves honvéd. Apja orvos, alkoholista. Anyja pedagógus. 8 éves volt, amikor szülei elváltak. Anyja nevelte, de apjával is tartotta a kapcsolatot. Szakközépiskolában érettségizett. Nős, egy gyermeke van. 16 éves korától fogyaszt szeszes italt, fokozatosan növelte napi adagját. A bevonulása előtti években már hetenként többször előfordult, hogy napi 1 liter tömény italt vagy 1—2 liter bort ivott. Bevonulása előtt mintegy 10 napon át alkoholizált, úgy, hogy közben ki sem józanodott. A bevonulás napján, a kialakuló delírium miatt katonai kórházba szállították. FÜV-bizottság elé állították, és alkalmatlan minősítést állapítottak meg. A kórházi kezelés után alakulata gyengélkedőjén töltött néhány napot, majd eü. szabadságra távozott. Szabadsága alatt ittas állapotban vezette anyja személygépkocsiját, s

nagy sebességgel haladva karambolozott, a helyszínt elhagyta. Elfogták, a véralkohol lelet 3,82 ezreléket (!) mutatott. A bírósági eljárás során állapotát *közönséges ittasságnak* minősítették, *szabadságvesztés* ítéletet kapott.

(4) 23 éves honvéd. Családi vagy egyéb betegség nem volt megállapítható. Az általános iskolában kétszer ismételt, majd kisegítő iskolába járt a hetedik osztályig. A 8. osztályt esti tagozaton végezte el. Segédmunkásként dolgozott. Még polgári életében lopás és rongálás miatt 9 hónap szigorított börtönbüntetésre ítélték. 14 éves korától fogyaszt rendszeresen szeszes italt: napi 3—4 üveg sört és 1—2 féldeci tömény italt. Háromhónapos katonai szolgálata alatt egy ízben kapott fenyítést. Letöltése után önkényesen elhagyta alakulatát. Tíznapos távolléte alatt, őrizetbevételéig állandóan ivott. Az elmeszakértői vizsgálat gyengeelméjűséget nem állapított meg, *primitívebb személyiségűnek* találták. *Szabadságvesztésre* ítélték.

(5) 22 éves honvéd. 1981-ben vonult be katonai szolgálatra. Örökletes vagy egyéb értékelhető megbetegedés nem volt kimutatható. Egy ismétléssel hat általános iskolát végzett. Segédmunkás. Lopás, rablás, orgazdaság miatt 4 évet töltött börtönben. 16 éves korától napi 5—6 féldeci tömény italt s néhány üveg sört fogyasztott. 6 hónapos katonai szolgálata alatt 4 fenyítést kapott. Utolsó fenyítésének letöltése napján önkényesen elhagyta alakulatát, s másnapig, őrizetbevételéig nagy mennyiségben fogyasztott szeszes italt. Az elmeszakértői vizsgálat *gyengeelméjűséget, idült alkoholizmust* és *kezdődő elbutulást* állapított meg, FÜV-bizottság elé való állítását javasolta. A cselekmény vonatkozásában képtelennek tartották őt arra, hogy cselekménye társadalmi veszélyességét belássa, illetve a helyes magatartást válassza. Még 1981-ben *leszerelték.*

(6) 1981 októberében a Budapesti Katonai Ügyészség a szolgálati feladat alóli kibúvás bűncselekménye miatt eljárást indított ... *38 éves zászlós* ellen. A hivatásos katona 1981 augusztusában önként befeküdt az egyik honvédkór-

ház pszichiátriai osztályára alkoholelvonásra. Mintegy 4 hét után bocsátották ki, és egészségügyi szabadságot kapott. Ez alatt az idő alatt az előírt gyógyszer szedését elhagyva alkoholizált. Néhány nappal alakulatánál való jelentkezése után, a kora reggeli órákban 2 dl rum elfogyasztása után jelent meg szolgálati helyén. A délelőtt folyamán közölték vele, hogy másnap szolgálatba kell lépnie, s még aznap 13.15-kor eligazításon kell részt vennie. Ehelyett eltávozott szolgálati helyéről és autóbusszal a mintegy 10 km-nyire levő lakására ment. Ott további 2—3 dl rumot és 4—5 üveg sört ivott. Másnap reggel nem érezte magát jól, „másnapos volt", ezért úgy határozott, hogy otthon marad. 9 óra körül parancsnoka jött érte, bevitte az alakulathoz, ahol jegyzőkönyvet vettek fel, majd hazaküldték, hogy aludja ki magát, és másnap jelentkezzék. Otthon ismét elfogyasztott 2—3 dl rumot és 3—4 üveg sört, majd elaludt. A következő napon szintén nem vonult be szolgálati helyére, hanem reggel italboltban megivott 2 dl rumot és 2 dl pálinkát. Néhány óra múlva a város utcáin csatangolva találták meg, ekkor vették őrizetbe.

19 éves korában hívták be sorkatonai szolgálatra, majd egy év múlva hivatásos tiszthelyettesi iskolára jelentkezett. Az iskolát közepes eredménnyel végezte el. Őrmesteri rendfokozatot kapott, majd 1981 végén zászlóssá léptették elő. 21 dicsérete (!) és 11 fenyítése volt. A parancsnoki jellemzés szerint: ha nem ivott, munkáját kiválóan ellátta. Több esetben előfordult azonban, hogy szolgálati helyén leittasodott, saját és családja ingóságait eladta, családjával szemben agresszív volt, rettegésben tartotta őket. Felelősségre vonáskor minden esetben megfogadta, hogy az italozást abbahagyja, emiatt került sor az önkéntes elvonókezelésre is.

Családi terheltségre utaló adat nincs, szamárköhögésen kívül egyéb betegségen nem esett át. 8 általános iskolát végzett, géplakatos. Elmondása szerint 19 éves korától (19 éve!) fogyaszt rendszeresen szeszes italt. Napi adagja 4—5 dl tömény ital és 5—10 üveg sör! Az elmeszakértői vizsgálat csak *idült alkoholizmust* állapított meg, a terhére rótt cselekmény vonatkozásában korlátozó körülmény nem állt

fenn. Javaslatot tettek leszerelésre. A katonai bíróság *szabadságvesztés* ítéletet hozott. (Az eset kapcsán felmerül, hogy 11 fenyítését szolgálati helyén történő italozása miatt kapta. Ennek ellenére elöljárói nem foglalkoztak kellő súllyal ügyével, nem gondoltak arra a lehetőségre, hogy esetleg le kellene szerelni. Különös tekintettel arra, hogy olyan rendkívül fontos beosztásban teljesített szolgálatot, ahol ha hibát követett volna el, emberek kerülhettek volna életveszélyes helyzetbe, és milliós anyagi kár következhetett volna be.)

(7) A Budapesti Katonai Ügyészség 1981 szeptemberében szökés bűncselekménye miatt eljárást indított ... *24 éves honvéd* ellen. A sorkatona augusztus utolsó napjaiban önkényesen elhagyta budapesti alakulatát. Viszonylag rövid idő alatt 3 dl pálinkát, $^1/_2$ liter bort és 8 üveg sört fogyasztott el. Ezután apja vidéki lakására utazott, ahol tovább italozott, majd ott is töltötte az éjszakát. Másnap reggel visszautazott Budapestre és jelentkezett szolgálati helyén. *Ott az ügyeletes tiszt utasította, hogy jelentkezzék munkahelyén* (műszaki alakulatnál szolgált). Ehelyett ismét elment italozni, majd újra apja lakására utazott. Három nap múlva önként jelentkezett alakulatánál.

Az elmeszakértői vizsgálat megállapította, hogy szülei hosszabb ideje betegeskednek, de családjában elmebetegség nem fordult elő. Még csecsemő volt, amikor szülei elváltak. 12 éves koráig dadogott, a szokásos gyermekbetegségeken nem esett át. 13 éves korában két alkalommal szenvedett agyrázkódást.

Az általános iskola 7. osztályát végezte el, három esetben ismételt. Betanított vasbetonszerelő. 18 éves korában lopás miatt börtönbüntetésre ítélték.

Elmondása szerint 14 éves korától fogyasztott rendszeresen szeszes italt, napi 2—3 féldeci tömény italt, és 8—10 korsó sört.

1981 januárjától teljesít katonai szolgálatot, 4 alkalommal kapott fenyítést, dicsérve nem volt. A parancsnoki jellemzés szerint az alapkiképzés anyagát csak gyengén sajátította el, hajlamos az italozásra.

Az elmeszakértői vélemény alapján *primitívebb adottságokkal* rendelkezik, mint a hasonló korú és képzettségű fiatal felnőttek, de nem gyengeelméjű. Korlátozó körülményt nem mutattak ki, jelenlegi beosztásában katonai szolgálatra alkalmasnak tartották. A katonai bíróság *szabadságvesztésre* ítélte.

A WHO 1978 novemberében tartott ülésén megállapították, hogy nem elégséges, ha csak a legsúlyosabb, alkoholistákkal foglalkozunk. Kezelésük rendkívül költséges és sokszor eredménytelen.

Az alkoholfogyasztás orvosi, szociális, társadalmi következményeinek gazdasági költségkihatása ugyancsak igen jelentős.

Az alkoholizmus világméretű fokozódásában *bizonyított, hogy az alkoholkínálat* lényeges tényező. Éppen ezért a következő adminisztratív intézkedéseket javasolják: *áremelés, a termelés, az import és az árusítóhelyek számának csökkentése.* Emellett döntő jelentőségű a közvélemény formálása is.

A gyógyító-rehabilitáló munkával kapcsolatban fontosnak tartják az üzemek által létesített, termelőmunkával egybekötött *rehabilitációs intézmények* szervezését.

VI. Fejezet

A TOXIKOMÁNIA HELYZETÉNEK ALAKULÁSA AZ EGYES ORSZÁGOKBAN

Az egyes országok *kábítószerhelyzete* az irodalmi adatok alapján kerül megtárgyalásra. Néhány fejlett kapitalista ország mellett azok a szocialista országok szerepelnek e felsorolásban, melyek közölnek ilyen adatokat.

Bevezetésként említendő meg, hogy a felsorolásra kerülő országok mindegyikében az *alkoholizmus* jelenti a legnagyobb problémát. A különböző közlemények statisztikái az alkoholizmus előfordulását illetően általában csak becslésekre hivatkoznak. Az Egyesült Államokban 1970-ben 6 millióra becsülték az alkoholisták, 3 millióra a drog-visszaélők számát. Más országokból közölt adatok szerint az alkoholisták számának tíz százaléka a drog-visszaélők száma. A hetvenes évektől világszerte észlelhető az alkoholfogyasztás további növekedése. A pszichoszociális epidémiában is szerepel az alkohol és megjelent olyan országokban is, ahol korábban nem volt számottevő szerepe (Afrika, Ázsia egyes országai). A toxikománia problémáival foglalkozó szakemberek szerint valószínű, hogy a következő években is az alkohol jelenti majd a fő problémát.

1. FEJLETT TŐKÉS ORSZÁGOK

AUSZTRIA

A hatvanas évek végéig a kábítószertörvény alá eső drogok nem jelentettek problémát, és az országban nem tartottak számon fiatal drog-visszaélőt. Ekkor még a keletről érkező kábítószer-szállítmányok elsősorban Nyugat-Németországba irányultak. Ausztriában ezekben az években csak az olyan szerekkel való visszaélés volt ismert, melyekre a kábítószertörvény nem volt érvényes, melyek a terápiában is használatosak voltak. Érdekes, hogy e készítményeket több nő alkalmazta, mint férfi. Általában 40 évesnél idősebb korúakról volt szó. Nyugtatókat, barbiturátmentes altatókat és izgatószereket szedtek. E drogokkal visszaélő férfiak 50%-a, a nők 30%-a alkoholt is fogyasztott.

1966-tól Ausztriát is elérte a visszaélés új hulláma. Az első klinikai megfigyelések szerint ezt az új tendenciát a *pszichotrop*[52] anyagok minden fajával és minden keverékével való kísérletezés jellemezte. 1970-es adatok szerint az osztrák fiatalok *köhögéscsillapítókat, barbiturátokat* és *LSD*-t alkalmaztak. Többnyire az injekciós adagolást részesítették előnyben, az anyagot vízben oldották és sterilizálatlan eszközökkel fecskendezték be. A barbiturátokból a normális adag 5—10-szeresét, a köhögéscsillapítókból 20—100-szorosát adták be maguknak. A barbiturátokat társaságban alkalmazták, gyakran egész napon át tartó közös „partikon".

1966-tól ugrásszerűen emelkedett a kábítószer-élvező fiatalok száma.

Kezdetben csak a nagyvárosokban fordult elő, később azonban megtalálható volt kisebb városokban, vidéken, sőt egyes hegyi településeken is. Emelkedett a *hasisfogyasztás,* és annak az LSD-vel való kombinálása. Ugyanezekben az években csökkent az izgatószerek intravénás alkalmazása. A függők jelentős számánál a lelki élet súlyos zavarait figyelhették meg, továbbá a kedvezőtlen családi viszonyokat.

A kevésbé súlyos állapotban levők, akik általában csak

kíváncsiságból, illetve utánzásból próbálkoznak, olyan nagy számúak, hogy tulajdonképpen nem is kísérhetők figyelemmel. Ausztriában is az a vélemény, hogy a drog-visszaélőknek legfeljebb 1/10-ét ismerik a hatóságok, illetve az egészségügyi szervek. A letartóztatások növekvő száma igazolja a fiatalok részesedésének jelentős emelkedését.

A 60-as évek közepéig az volt a vélemény, hogy a drogok fogyasztásának divatja Ausztriát nem fogja érinteni. E vélemény következtében az *egészségügyi és egyéb szervek elkéstek* a terápiás eljárások kidolgozásával, illetve csak „kullogtak" az események után. Később azonban felvilágosító kampány indult és néhány tanácsadó hely is tevékenykedni kezdett.

1980-ban az osztrák kormány segítséget kért az ENSZ Kábítószer Főosztályától (Jugoszláviához hasonlóan) a *heroin* veszélyessé váló terjedése miatt. Napjainkban egyre nagyobb szerepet játszik az *alkohol,* mint bevezető drog, mint áthidaló szer (beszerzési nehézségeknél), mint a droghatást átmenetileg fokozó anyag. 1980-ban 160—400 ezerre becsülték az *alkoholisták* számát (az összlakosság 2—5%-a).

AMERIKAI EGYESÜLT ÁLLAMOK

1960-tól beszélnek a drogvisszaélés újabb hullámáról, melyet ma pszichoszociális epidémiának nevezünk. 1960-ban *Leary* és munkatársai nyilvános önkísérleteket végeztek *LSD*-vel és *Psilocybinnel* a Harward egyetemen. E kísérletek után hirdetői lettek az LSD fogyasztásának. Propagandájuk következtében milliók, nagyrészt fiatalok, váltak az LSD rabjává. Nagyvárosokban e fiatalokból drogközösségek alakultak ki. A későbbiek során ismertté váltak az LSD káros mellékhatásai: tartós szorongásos állapotok, pánikreakciók, pszichotikus tünetek, halálos balesetek, öngyilkosságok. Kimutatták, hogy kromoszómakárosodást is okoz. E mellékhatások végül is azt eredményezték, hogy a korábbi LSD-élvezők jelentős százaléka áttért a kevésbé veszélyes hasisra, illetve marihuanára.

Amerikában évszázadok óta ismerték a kenderből nyert hasist és marihuanát, de csak a 20-as években terjedt el

kábítószerként való használatuk. Az 1978—1979-es adatok szerint 25 millió ember él vissza alkalmilag vagy rendszeresen *hasissal,* illetve *marihuanával.*

Az *altatók,* különösen a barbiturráttartalmúak, továbbá a *nyugtatók* és *trankvillánsok* fogyasztása is fokozódik. A felnőttek nemcsak álmatlanság ellen este, hanem ideges panaszok esetében nappal is szedik a barbiturátokat.

Elsősorban fiatalok alkalmazzák a *szerves oldószereket,* benzint, tisztító oldatokat. Ezek az anyagok olyan könnyen hozzáférhetők, olyan olcsók, hogy kábítószerként való használatuk leküzdése alig lehetséges. Még az orvosok közül is kevesen tudják, hogy veszélyesebbek, mint első pillanatban gondolnánk, hirtelen halálokat okozhatnak.

Az USA-ban évtizedek óta az *ópiátok,* elsősorban a *heroin* jelenti a legnagyobb problémát. A hetvenes évek végén félmillióra becsülték a heroinfogyasztók számát; New Yorkban túladagolás miatt évente 900—1400 haláleset fordul elő. Több nagyvárosban a középiskolások 3—5%-a él vissza alkalomszerűen heroinnal. A rendszeres heroinfogyasztás igen nagy költségekkel jár. Egy adag ára mintegy 6 dollár, a rendszeres fogyasztók átlagban napi 30 dollárt költenek heroinra, a legsúlyosabb heroinisták napi 100—200 dollárt. Tekintettel arra, hogy ezt az összeget csak kevesen tudják megfizetni, a heroin-visszaélők gyakran követnek el bűncselekményeket. Gyakoriak a gépkocsilopások, üzletekbe való betörés, prostitúció és a kábítószer-kereskedelemben való részvétel. Évente mintegy 5 tonna heroint csempésznek be az USA-ba, ami több milliárd dolláros üzletet jelent, és valamilyen formában minden állampolgárt érint.

FRANCIAORSZÁG

Az *ópium* visszaélésszerű fogyasztása Franciaországban a napóleoni háborúk ideje alatt terjedt el. Már 1845-ben megjelent az első kábítószertörvény. 1914-ben Párizsban a a rendőrségen ún. kábítószerbrigádot kellett létrehozni. Rendőrségi adatok szerint 1924-ben Párizs körzetében 80 ezer ópiumfüggő élt (!). 1932-ben kezdték alkalmazni a

heroint is. A második világháború eseményeinek ideje alatt azonban a határok lezárása átmenetileg megoldotta a problémákat. 1945-től ismét gyorsan terjedt a kemény drogokkal való visszaélés. A morfium és a heroin amerikai katonai raktárakból került az illegális kereskedelembe. A hasist az észak-afrikai katonák és munkások hozták magukkal. 1963-ban olyan szigorú törvény lépett életbe, mely néhány évre ismét megoldotta a franciaországi kábítószerkérdést. A kétségtelenül megállapítható enyhülés azonban félrevezette az illetékes szerveket.

A toxikománok ellátására szervezett kórházakban az elmúlt néhány évben is a heroinnal és egyéb ópiáttal visszaélők szerepeltek legnagyobb számban.

Sokáig azt hitték, hogy a francia ifjúság immunis a drogokkal szemben. A közvélemény szerint a Marseille környékén működő illegális heroingyárak termékeit az USA-ba szállítják, ez egyébként így is volt. Esetenként azonban bizonyos mennyiségű heroin Franciaországban maradt, és viszonylag olcsón beszerezhető volt. A viszonylag olcsó árral magyarázták terjedését. Az egész társadalom rémületét azonban nem a heroin időnkénti jelentkezése, hanem a fiatalok drogfüggőségének gyors fokozódása robbantotta ki. Korábban is tudták, hogy Franciaországban is létezik kábítószerkérdés, de az ötvenes években az általános vélemény szerint az átlag franciát ez nem érintette.

Franciaországban hosszú ideig nem jelentettek problémát az amfetamin hatású izgatószerek. Még akkor is gyógyszertárban tarthatták, amikor Angliában és Skandináviában már ijesztő volt a helyzet. Később bizonyos fokig itt is terjedt az izgatószerek fogyasztása, de általában kombinált fogyasztásról volt szó. Az ilyen irányú vizsgálatok szerint — száz amfetaminfüggőt alapul véve — mindegyikük fogyasztott egyidőben hasist is, 60%-uk valamilyen ópiátot, 40%-uk szerves oldószert, pszichotrop anyagokat, Artene-t (Parkan!), 20%-uk barbiturátot, 10%-uk étert. Az alapul vett 100 amfetaminfüggő fele korábban valamilyen hallucinogént fogyasztott.

A szakemberek többsége szerint a *hasis* kétségtelenül a hallucinogének közé tartozik, amelynek hatása az anyag

minőségétől, a bevétel módjától függően változik. A hasis károsan befolyásolja a szellemi működéseket, mivel zavarja az élmények időbeli rendben való elhelyezését és realitásjellegét. A hasisfogyasztás morális fellazulást okoz, mely megnyitja ugyan a „mesterséges paradicsom" kapuját, de erősebb drogok függőségéhez vezet.

Franciaországban az Egészségügyi Minisztérium jelentése szerint a *cannabissal* való visszaélés állandóan emelkedik, 1974-ben 30—40 ezerre becsülték a visszaélők számát.

NAGY-BRITANNIA

Nagy-Britanniában sokáig, 1968-ig feltűnően lazán kezelték a kábítószerkérdést. Ismert volt, hogy a szükségesnél nagyobb arányú a *barbituráttartalmú altatók* és esetenként egyes *izgatószerek* fogyasztása is.

Az egyre nagyobb mennyiségben forgalomba kerülő gyógyszerek növekvő fogyasztása miatt 1958-ban létrehoztak egy bizottságot, mely 1961-ben megnyugtató nyilatkozatot tett közzé. Ennek ellenére már ugyanebben az évben nyilvánvalóvá vált, hogy a drogokkal való visszaélés helyzete gyorsan romlik: mintegy 500 személy vált ismertté, akik *ópiumot* vagy *kokaint* fogyasztottak. Talán az angolok hagyománytisztelete és rosszul értelmezett „szabadságeszménye" magyarázza, hogy az ijesztő adatok ismeretében is 1968-ig minden gyakorló orvos felírhatott heroint és kokaint is. Számunkra meglepő, hogy e kábítószereket az állami egészségügy terhére írták fel, és esetenként olyan mennyiségben, amit egy személy el sem tudott fogyasztani. A felesleget komoly nyereséggel értékesítették. (Az orvos által felírt heroin 60 mg-ja 1 fontba került, ugyanezen mennyiség feketepiaci ára 5—6 font volt.)

1959-ig Angliában egyetlen 20 évnél fiatalabb drogvisszaélőt sem ismertek. 1965-ben 927 visszaélő közül 145 nem töltötte be a 20. életévét. Ezekben az években Angliában élénk feketepiac alakult ki, ahol bárki be tudta szerezni a marihuanát, hasist, heroint és a különböző izgatószereket is.

A fiatalok drogokkal való visszaélése olyan gyorsan

emelkedett, hogy a hivatalos szervek — saját bevallásuk szerint — nem tudták figyelemmel kísérni, mivel nem volt bejelentési kötelezettség. E fiatalok amellett, hogy a saját számukra felírt heroin és kokain egy részét eladták, több esetben az orvost is bevonták az illegális kereskedelembe. A 60-as évek elején a heroinisták és kokainisták átlagéletkora 27—30 év volt.

1968-ban szabályozták Angliában az ún. „veszélyes drogok" felírásának rendjét: e drogokat csak kijelölt poliklinikai kezelőközpontokban lehetett felírni. Az orvosokat kötelezték arra, hogy a tudomásukra jutott visszaélőket bejelentsék a hatóságoknak.

Az 1960-tól 1967-ig regisztrált heroin- és kokain-visszaélők száma olyan gyorsan nőtt, hogy valószínűségszámítással kimutatták, hogy amennyiben a növekedés évi átlagban hasonló mértékben emelkedik, a visszaélők száma néhány év alatt 11 ezer lesz. Az ismertetett intézkedés azonban jelentősen csökkentette, csaknem megszüntette a heroinnal való visszaélést.

A *cannabis* visszaélésével kapcsolatban Angliában ellentétes véleményeket hangoztattak. Egyesek arra hivatkozva, hogy az Angliában alkalmazott hasis különbözik az indiai kenderből nyert hasistól, ismételten javasolták a vele kapcsolatos szigorú intézkedések enyhítését. Arra is utaltak, hogy mértékletes fogyasztása nem veszélyes. Más angol szakemberek viszont, kiemelve, hogy igen súlyos pszichikai függőségek is kialakulnak, használatát veszélyesnek tartották. Végül általánosan elismerték, hogy a néhány éve divatba jött *cannabis-olaj* — nagy töménysége miatt — rendkívül veszélyes. Nem egységes az álláspont Angliában abban a tekintetben sem, hogy a cannabis fogyasztása valóban bevezetője-e a keményebb drogok szedésének. Figyelemre méltó azonban, hogy a fiatal heroinisták nagy része néhány évvel korábban cannabist és izgatószereket fogyasztott. Ennek alapján valószínűnek látszik, hogy a marihuana és a hasis a keményebb drogokra való áttérés bevezetője lehet. Összefoglalóan megállapítható, hogy Nagy-Britanniában a 60-as évektől fokozatosan terjed a cannabis fogyasztása, különösen a fehér fiatalok között.

A hallucinogén drogok között a hasis mellett az *LSD* terjedt el legjobban. A vizsgálatok igazolják, hogy a fiatalok társadalmi osztályuktól, rétegüktől, anyagi helyzetüktől függően fogyasztanak hasist és LSD-t (tablettában), vagy ópiumot és izgatószereket.

Szerves oldószerek viszonylag ritkán fordulnak elő, bár veszélyességük miatt az orvosi szakirodalom sokat foglalkozik e kérdéssel. Általában csak „pótszerként" használják, különösen börtönökben. Az elítéltek nyíltan hangoztatják, hogy azért alkalmazzák e szereket, mert pillanatnyilag jobb készítmény nem áll rendelkezésükre.

Az Angliában „gyenge drogoknak" nevezett készítmények — *barbiturátok, trankvillánsok, izgatószerek* —, elterjedésük méreteit tekintve, nagyobb problémát jelentenek, mint a kemény drogok. Hasonlóan, mint a többi nyugati ország, Anglia társadalma is az *alkohol-* és *nikotinfüggőség* mellett egy sor pszichotrop anyagtól is függővé vált. Az orvos által az állami egészségügyi szolgálat terhére felírt hatalmas tömegű pszichotrop anyag szinte lehetetlenné teszi az ellenőrzést. 1967-ben Angliában és Walesben 271 millió trankvilláns, 5 millió depresszió elleni szer, illetve izgatószer gyógyszertári kiadását tették lehetővé. Egyáltalán nem lehet csodálkozni azon, hogy a fiatalok, látva, hogy szüleik a rendszeres alkoholfogyasztás és erős dohányzás mellett könnyen és gyorsan jutnak az általuk megkívánt gyógyszerekhez, követik példájukat.

Angliában már az 50-es évektől növekedett az *amfetamin* hatású izgatószerek szedése. Étvágycsökkentő, fogyasztó hatásuk miatt túlnyomóan nők szedték, közülük sokan visszaélők lettek. Érdekes, hogy más országokkal szemben e készítmények intravénás alkalmazása Angliában eleinte nem terjedt el. Általában tablettában szedték, gyakran nyugtatókkal kombinálva. 1964-re olyan fokot ért el az amfetamin szedése fiatalok körében, hogy komoly ijedtséget okozott Londonban. 1966-ban Angliában 1—2 ezrelékre becsülték az amfetaminnal visszaélők számát. 1967 után az izgatószereket heroinnal együtt alkalmazták, s ez a kombináció átvette a korábban kedvelt heroin—kokain kombiná-

ció szerepét. A következő években, elsősorban a fiatalok körében terjedni kezdett a fecskendők alkalmazása is.

Miután egy kutatócsoport megállapította, hogy az orvosi gyakorlatban amfetaminra csak kivételesen van szükség, az orvosok „önként" lemondtak felírásukról, a gyógyszergyárak csökkentették gyártását, jelentősen csökkent a vele való visszaélés is. Az angol fiatalok néhány évvel ezelőtt még büszkén hangoztatták, hogy azokat a szereket, melyek gondolkodásukat, cselekvési szabadságukat bénítják vagy felfüggesztik (alkohol és altatók), átengedik szüleiknek, többre értékelik a „szellemi horizontjukat" kitágító izgatószereket és hallucinogéneket. A hetvenes évek elejétől mégis elterjedt a barbiturátokkal való visszaélés, elsősorban intravénás injekciók formájában. Miután az altatószerek is kedveltek lettek a fiatalok körében, jelentősen nőtt a drogokkal visszaélők megbetegedési és halálozási aránya (túladagolás, balesetek stb.).

A drogfogyasztást 1972-ben a megkérdezett főiskolai hallgatók kb. 33%-a, a velük egykorú nem egyetemi hallgatók 15%-a, az iskolás korú fiatalok 10%-a ismerte el.

NYUGAT-NÉMETORSZÁG

A nyugatnémet szakemberek szerint rendkívül nehéz átfogó képet adni a drogok NSZK-beli elterjedéséről. Ennek fő oka az, hogy csak néhány reprezentatív felmérést végeztek, és ezek sem terjedtek ki a különböző népességi körökre, különböző korosztályokra. Leggyakrabban az iskolásokat vizsgálták. Az ipari tanulókat, az állami intézetek lakóit, a katonákat és a különböző típusú üzemek dolgozóit illetően alig történt vizsgálat. Arra utalnak a szerzők, hogy csak kis létszámú csoportoknál elvégzett felmérésekre, bizonyos körülírt területeken végzett tanulmányokra, klinikai tapasztalatokra és kriminológiai adatokra támaszkodhatnak.

Növeli a helyzet megítélésének bizonytalanságát az elterjedés fokának gyors változása is. E változásnak mind területi vonatkozásban, mind az egyes drogok tekintetében nagyszámú feltétel képezi az alapját, melyeknek közös hatása nehezen tekinthető át. Emiatt az a véleményük, hogy

a drogtörténések csak pillanatnyi rögzítése lehetséges, mely azután gyorsan változik.

Az *amfetaminnal* való visszaélés nem új jelenség és — mint a drogfüggőség minden formája — gyorsan terjed. Újabban fokozódik az izgatószerek terjedése az NSZK-ban, és egyre fiatalabb korosztályok kerülnek előtérbe.

A középiskolások 6—19%-a a főiskolások 18—40%-a fogyaszt hasist. A drogvisszaélők között a hasissal visszaélők száma 90% felett van, ez azt jelenti, hogy *Nyugat-Németországban a hasis a legkedveltebb drog.*

A hallucinogénekkel való visszaélés számszerű adatai rendkívül gyorsan változnak. Egyes szerzők szerint a tanulók és főiskolások 4,2—12,5%-a szed hallucinogént. A klinikai kezelést igénylők között is igen magas számban (82%) vannak képviselve.

A hetvenes évek végén növekedtek a drogfogyasztás problémái. A heroinfüggőségben szenvedők száma 45—60 ezer személy volt 1978-ban 430, 1979-ben 600 drogtúladagolás miatt bekövetkezett haláleset fordult elő.

Becslések szerint csaknem félmillió gyógyszerfüggővel lehet számolni. 1980-as közlés szerint évente 1800 gyermek születik alkohol által okozott károsodással.

1979-ben $1^1/_2$—2 millióra becsülték az *alkoholisták* számát, s ez a szám évenként mintegy százezerrel növekszik. Az alkohollal való találkozás már 10—12 éves korban megtörténik, s a 14 évesek között már viszonylag sokan fogyasztanak szeszes italt rendszeresen.

SKANDINÁVIA

A 60-as években ütötte fel fejét a gyógyszerekkel való visszaélés. Ez — lényeges vonásait tekintve — megegyezett a többi ország hasonló problémájával. A korábbi, általában középkorú toxikománok mellett a pszichoszociális epidémia egyre fiatalabb korosztályokból szedi áldozatait. A fiatalok rendszerint csoportokba tömörülnek, és sajátos filozófiát dolgoznak ki. Szemben állnak társadalmukkal.

Skandináv szerzők ijedten állapítják meg közleményeik-

ben, hogy a drogfogyasztó fiatalok a nagyobb szabadság és az önrendelkezési jog követelésekor kiállnak a háborúk és a társadalmi különbségek megszüntetése mellett is. Utóbbi körülmények magyarázzák, hogy a skandináv országokban egyre nő az érdeklődés a toxikománia iránt, s nemcsak orvosok, hanem politikusok is foglalkoznak a felmerülő kérdésekkel. Az egyes tudományágak képviselői nyílt vitákat is rendeznek, de a tisztázatlan alapfogalmak miatt e vitákat zűrzavar jellemzi. Annyit általában elismernek, hogy a drogokkal való visszaélés társadalmi veszélyességet jelent. Ennek megfelelően szervezetten és tudományosan foglalkoznak a felmerülő kérdésekkel, elsősorban a megelőzés és a kezelés kérdéseivel. Elméleti kutatások mellett fokozzák a toxikománia kezelésében a kórházak és poliklinikák aktivitását. Minden fáradozás ellenére eddig nem sikerült megállítani a pszichoszociális epidémiát. Vannak szakemberek, akik azt állítják, hogy a fiatal toxikománok bizonyos százaléka a hagyományos, hatóságilag is tudomásul vett kábítószer-élvezők közé fog tartozni.

A 60-as években csak 200—500 morfinistát tartottak nyilván, átlagéletkoruk 30—35 év volt. Az utóbbi években ez a szám nőtt, és már a fiatalok körében is előfordul *morfinizmus*. 1970-től már több 20 évnél fiatalabb korút kellett klinikára utalni. E fiatalokra jellemző, hogy a morfinról áttérnek a heroinra, és nemcsak tablettákat, kúpokat, hanem intravénás injekciókat is alkalmaznak.

1950-től a 60-as évek közepéig minden skandináv országban növekedett az altatók és nyugtatók fogyasztása. Úgy tűnik, hogy a *barbiturát*tartalmú altatók fogyasztása jelenleg is előtérben áll. Az elmeosztályokra utalt toxikománok jelentős többsége barbiturát-visszaélő. 1965 és 1967 között a visszaélés miatt kezeltek 70%-át a tartósan visszaélők tették ki. Életkoruk: 30—50 év volt.

A barbiturátok szedése gyakran csatlakozik alkoholizmushoz olyan formában, hogy vagy egyidőben fogyasztják, vagy periodikusan változik az alkohol és az altatószerek fogyasztása.

Az *amfetamin* hatású drogok, vagyis a központi idegrendszerre ható, serkentő hatású készítmények elterjedése

fenyegető társadalmi probléma. Már a második világháború után, majd különösen az 50-es évek végétől a 60-as évek elejéig elterjedt e készítmények fogyasztása. 1961 és 1967 között a visszaélésszerű gyógyszerszedés miatt kezeltek 5%-át tették ki az amfetaminszedők. Előszeretettel szedték sportolók teljesítményük fokozása céljából, gimnazisták és egyetemi hallgatók vizsgák előtti fáradtságuk leküzdésére, nők fogyókúra alkalmával, alkoholisták a másnaposság szubjektív panaszai ellen, mások szexuális teljesítmény növelésére.

Az amfetaminfüggőség bizonyos idő után komolyabb kísérőjelenségeket eredményez: jelentős testsúlycsökkenés, túlingerlékenység, fáradékonyság, paranoid típusú elmezavar, helyi vagy általános fertőzések. 1966-ban Stockholmban 269 ilyen eredetű májkárosodást észleltek, 1967-ben már 600-at. Az etikai normák figyelmen kívül hagyása miatt gyakoriak a nemi betegségek.

A skandináv országokban az 50-es évek végén a legtöbb klinikán abbahagyták az LSD gyógyszerként való alkalmazását. 1969 és 1971 között csupán néhány rendőrségi jelentésben szerepelt LSD-vel való visszaélés. Ezek a készítmények illegális forrásból származtak. Több megkérdezett fiatal beszámolt arról, hogy csak addig szedett LSD-t, míg tudomására nem jutott, hogy súlyos elmezavart okozhat és egyéb káros mellékhatásai is vannak. Skandináviában az LSD-vel való visszaélés csaknem kivétel nélkül pszichésen sérült fiataloknál fordul elő, akik kényszerű vágyat éreznek a kábult vagy hallucinációs állapotok elérésére. E fiatalok, ha nem jutnak LSD-hez, bármilyen más gyógyszert bevesznek.

1960-tól egyre inkább elterjedt Finnországban és Norvégiában a *szerves oldószerek* szippantása. Svédországban és Dániában kevésbé volt kedvelt. Főleg gyermekek alkalmazzák 10—11 éves korig. Az oldószerekkel való kísérletezés kezdetben csoportos játéknak volt tekinthető. Néhányan azonban később egyedül és állandóan ismételve folytatták a szerves oldószerek alkalmazását. Hosszabb-rövidebb idő után függőség alakult ki, amely sok hasonlóságot

mutat az alkoholizmushoz. Elvonási tünetek is fellépnek: remegés, verejtékezés, öntudatlan állapotok, görcsök, súlyosabb esetben delírium és egyéb átmeneti elmezavarnak megfelelő állapotok.

Mivel a szerves oldószerek mindenütt megtalálhatók, nem lehet megállapítani, hogy hányan alkalmazzák. Ugyanilyen okból kezelésük is rendkívül nehéz.

SVÁJC

Az alkoholizmus után az altatószerek, fájdalomcsillapítók, izgatószerek, hasis és egyéb hallucinogének jelentik a fő problémát.

Az előfordult esetekben szereplő drogok három csoportra oszthatók:

a) hasis, központi idegrendszeri izgatók, hallucinogének és ópium, illetve származékai:

b) altató, lázcsillapító és *fájdalomcsillapító* készítmények:

c) 150 ezer alkoholistát tartanak számon. Az *alkoholfogyasztás* 1,5 millió frankba kerül évenként.

Mindhárom csoportra jellemző a toxikománia felé való haladás, tehát különböző típusú drogok egymás után, illetve egymás mellett való alkalmazása. E tendencia különösen 1967-től vált feltűnővé.

A többszörös toxikomániát elsősorban nagyvárosokban észlelték. Mivel illegális drogokról volt szó, valószínű volt, hogy az orvosi, kórházi és rendőrségi statisztikák nem pontosak.

Az altatószerektől függők első kórházi felvételének száma az utolsó 15 évben rohamosan nőtt.

A fájdalomcsillapítót szedők száma is 1965 és 1969 között megháromszorozódott. Itt is túlnyomó számban nők szerepeltek. A kiváltó motívumok között különböző fájdalmak, fáradtság, alvászavar szerepelt. Kiemelkedő jelentősége volt a szorongásnak. Nőknél a szerelmi kapcsolatban bekövetkező zavarok, férfiaknál inkább munkahelyi konfliktusok játszanak szerepet.

Felmérések szerint 200 ezer svájci fogyaszt *alkoholt* mun-

kahelyén. (A munkavállalók 7—8 százaléka.) Az ittasság miatti termeléskiesés évi 130—160 ezer frankot jelent.

Kokainnal való visszaélés Svájcban csak néhány kivételes esetben fordul elő. Az *amfetamin* 1963-tól növekvő munkahelyi problémát jelent, jelenleg már amfetamin által kiváltott elmezavarok is előfordulnak. Emellett visszaélésszerűen szednek amfetamintartalmú készítményeket.

A politoxikománia elterjedése az elmúlt években egyre kifejezettebb. Jelenleg Svájcban a drogfüggők 60%-a politoxikomán. Igen gyakori az alkoholizmussal való kombináció. (1955 és 1964 között a drogfüggők közül férfiaknál 45%-ban, nőknél 36%-ban volt észlelhető alkoholizmusba való átmenet.)

A morfinszármazékokhoz tartozó készítmények forgalomba hozatalát Svájcban szigorúan ellenőrzik. 1968-ig a visszaélők 40%-a az egészségügyi dolgozók köréből, illetve azok hozzátartozói közül kerültek ki. Az 1950-es évek második felében a morfinfüggőség miatt történt első kórházi felvétel évi száma még csak mintegy 30—50 között volt. 1968-tól a fiatal politoxikománok előszeretettel alkalmazzák a nyers *ópiumot,* ritkábban a *morfiumot* vagy valamilyen morfintartalmú gyógyszert.

2. SZOCIALISTA ORSZÁGOK

BULGÁRIA

Bulgáriában elterjedt a narkotikumok csoportos élvezete, ami tovább fokozza a kábítószer-visszaélést. A kábítószerélvezetet társadalmi jelenségnek tartják, s ezért az ellene folytatott harc is csak társadalmi jellegű lehet. A büntető eljárások helyett eredményesebb a megelőző módszerek alkalmazása *(Petrov és Korakasev*[53]).

Bulgáriában a kábítószerek megszerzésének egyik leggyakoribb módja a gyógyszertárakból való lopás. Emellett hosszú ideig divatban volt a receptek hamisítása is. Ennek elhárítására Bulgáriában speciális formanyomtatványokat

vezettek be, melyek nyomtatott sorszámmal vannak ellátva. Ha ilyen receptlapokat ellopnak, ezek számát a gyógyszertárakkal közlik. A kábítószereket tartalmazó orvosságokat csak vezető orvosok írhatják fel.

A kábítószer-élvezők Bulgáriában is újabb és újabb módszereket alkalmaznak. Elterjedőben van olyan gyógyszerek nagymértékű fogyasztása, amelyek csak kis mennyiségű narkotikumot tartalmaznak: általában köhögés elleni gyógyszerekről van szó, melyek recept nélkül is beszerezhetők. Újabb rendelkezések értelmében Bulgáriában ma már ezeket a gyógyszereket is csak az említett különleges receptre lehet felírni. Azok a kombinált, rendszerint fájdalomcsillapító hatású gyógyszerek pedig, melyek hasonló összetételűek, legfeljebb két dobozzal adhatók.

CSEHSZLOVÁKIA

A toxikománia csehszlovákiai jellemzői különböznek a nyugati országokétól. Első helyen áll a *fájdalomcsillapítók, lázcsillapítók, altatószerek* és *trankvillánsok* fogyasztása. A fájdalom- és lázcsillapító készítmények egy főre eső fogyasztása 1971-ben 60 tabletta volt. Különösen fiatalok fogyasztanak nagy mennyiségben asztmaellenes gyógyszereket és izgatókat. Ez a jelenség az 50-es évek közepén kezdődött, és azóta állandóan szélesedik.

Az izgatószerek, elsősorban a *Fenmetrazin* és *Dexfenmetrazin,* átmenetileg igen nagy problémát jelentettek. Miután olyan intézkedéseket hoztak, melyek alapján e készítmények csak orvosi vényre voltak kiválthatók, javult a helyzet, de a drogokkal való illegális kereskedelem jelenleg is fennáll *(Ritalin, Centedrin).*

A fiatalok körében, mint nyugaton és néhány szocialista országban is, elterjedt a „Parkinzon-kór" ellen alkalmazott *Parkopan.* Ismert és alkalmazott a fiatalok körében az *oldószerekkel* való visszaélés is. Emellett különösen *barbiturátokkal* és depresszió elleni készítményekkel élnek visszza. Ópiátokkal és egyéb „kemény" drogokkal való visszaélés nem játszik értékelhető szerepet.

Csehszlovákiában egyébként, mint minden európai or-

ságban, az *alkoholizmus* kérdése jelenti a legfőbb problémát. Mindenesetre az a tény, hogy az alkoholizmus elleni küzdelem céljára létrehozott *Apolinar klinika* és az irányítása alatt működő néhány elvonó, illetve rehabilitáló intézet több mint tíz éve a drogfüggőséggel is foglalkozik, azt igazolja, hogy Csehszlovákiában a drogkérdés is komoly problémákat jelent. Az *Apolinar klinika,* ahol intézeti és járóbetegkezelés is folyik, ellátja Prága területén az utógondozás és ellenőrzés feladatait is. Közleményeikben feltűnően jó eredményekről számolnak be, bár Prágában is gyakoriak a visszaesések. A kényszerelvonó kezelés általában egy évig terjedhet.

JUGOSZLÁVIA

Jugoszláviában is fokozottan nő a kábítószerek, illetve a „pótszerek" fogyasztóinak a száma. Általában 14—25 éves fiatalokról és fiatal felnőttekről van szó. Előfordul a *hasis, marihuana, ópium és heroin* is. A kábítószer-kereskedelemben elsősorban a tengerészek vesznek részt. Igen jelentős probléma az *alkoholizmus* szélesedése. 1980. novemberi közlés szerint kivételes esetekben már 14 éves gyermekek is jelentkeznek alkoholelvonó kezelésre. Ugyancsak 1980-as közlés, hogy a jugoszláv kormány az ENSZ Kábítószer Főosztályához fordult segítségért a *heroinizmus* terjedése miatt.

LENGYELORSZÁG

Legnagyobb problémát az *alkoholizmus* jelenti. Emellett, mint Európában általában, ismert bizonyos, nem nagy számú morfinista, akik vagy egészségügyi dolgozók, vagy súlyos betegségük miatt kórházi kezelés alkalmával szokták meg a morfiumot.

A toxikománia — altatószerek, nyugtatók, fájdalomcsillapítók szedésével — az 50-es évek elején tűnt fel. Elsősorban középkorú felnőttekről volt szó, akik e készítményeket feszültségek, szorongások leküzdésére öngyógyító jelleggel kezdték szedni.

A 60-as évek végén észlelték Lengyelországban először a toxikománia jelentkezését a fiatalság körében. Néhány év alatt olyan állapot alakult ki, amely komoly veszélyhelyzetet jelentett. A 70-es évek közepén 30—50 ezerre becsülték a toxikomán fiatalok számát. A kérdőíves módszerrel végzett vizsgálatok csak néhány középiskolára szorítkoztak. Gdanskban a középiskolások 8%-a, Wroclawban a középiskolások 4%-a ismerte el, hogy alkalmilag vagy rendszeresen fogyaszt drogot. Az egyetemi hallgatók és a fiatal munkások körében hasonló felmérések nem történtek. Nem volt lehetőség továbbá annak a fiatal korosztálynak a vizsgálatára sem, akik nem tanultak és nem is dolgoztak. E fiatalok száma tulajdonképpen elhanyagolható, de a lengyel szakemberek véleménye szerint nagy részük aktív drogfogyasztó.

A fiatalok mellett mintegy 50 ezerre becsülik azon középkorú felnőttek számát, akik pszichotrop készítményekkel élnek vissza.

Felnőttekre jellemző sajátosságok:

— A drogfogyasztás idegrendszeri panaszok öngyógyító kísérlete. Általánosságban az a gyakori, hogy az ilyen személyek eleinte orvosi javaslat alapján kezdenek gyógyszereket szedni.
— A felnőttek drogfogyasztása egyéni, nem tartoznak csoportokhoz, illetve drogközösségekhez.
— A gyógyszer beszerzése legális. Orvos által felírt recept alapján, vagy az orvosi vényhez nem kötött készítményeknél drogériákban szerzik be.
— A felnőttek általában egyfajta készítményt, vagy legalábbis egy gyógyszertani csoporthoz tartozó gyógyszereket szednek. Leggyakrabban *trankvillánst, altatót* vagy *fájdalomcsillapítót.*

A drogokkal való visszaélés sajátosságai fiatalok körében:

— A drogokkal való első kísérlet motívuma rendszerint a kíváncsiság vagy a hasonló korúak ajánlata. Később — az említett motívumok mellett — döntő szerepet

játszik a csoportokba való kerülés, mely csak a csoportok tagjaival való azonosulás, szokásaik átvétele alapján lehetséges.

— A fiatalok általában illegálisan tudják csak megszerezni a drogot, és ezzel összeütközésbe kerülnek a kábítószertörvénnyel. Gyakori az orvosi vény hamisítása és a gyógyszertárakba való betörés.

— A fiatalok visszaélésére jellemző, hogy a drogot kisebb csoportokban együttesen használják.

— A felnőttekkel szemben a fiatalok előnyben részesítik a drogok kombinált szedését (politoxikománia), így pl. gyakori a morfin típusú készítmények kombinálása izgatószerekkel.

Gyakorlatilag csak fiataloknál fordul elő Lengyelországban a drog intravénás alkalmazása, mely különleges extázist eredményez.

Lengyelországban is megfigyelhető, hogy a droggal ismerkedő fiatalok életkora évről évre csökken. 1974-ben nagy általánosságban a 14—15 évesek köréből kerültek ki a droggal próbálkozók, illetve kísérletezők, de jóval fiatalabbak is észlelésre kerültek.

A lengyel fiatalok körében több mint tízéves hagyományai vannak a *Parkopánnal* való visszaélésnek, illetve a *szerves oldószerek* szívásának. A legújabb adatok szerint — részben a tengeri kikötők, részben a turizmus jelentős növekedése következtében — Lengyelországban is — bár szórványosan — előfordul *hasissal* és *LSD*-vel való visszaélés is.

1978-as adatok szerint az ország 34 milliós lakosságából 19 millió fogyaszt rendszeresen *alkoholt*. Közülük kétmillió az intenzív ivó, kb. 500 ezer szorul rendszeres orvosi kezelésre, kb. 100 ezer gyógyíthatatlan. Különösen veszélyes jelenség a tizenévesek növekvő alkoholfogyasztása. Naponta mintegy 800 ezren ittasodnak le.

Az *alkohol* káros hatása, beleértve a részegeskedők hozzátartozóit is, legalább 8 millió állampolgárt érint, az összlakosság közel *egynegyed részét*.

A tizenévesek 55%-a fogyaszt alkalomszerűen szeszes italt. Az állami és szövetkezeti munkahelyekről, a szeszes

ital fogyasztása miatti távolmaradások pénzügyi kihatása mintegy évi 4—5 milliárd zlotyra rúg. A munkatermelékenység csökkenését évi 5—6 milliárd zlotyra becsülik. Figyelembe véve az iszákosság miatt nem dolgozók magas számát, a részegek által okozott üzemi balesetek általi kár összegét, az alkoholizmussal kapcsolatos összkiadás — illetve veszteség — évi 32—38 milliárd zloty.

A bűncselekmények és szabálysértések mintegy fele függ össze közvetve vagy közvetlenül a túlzott alkoholfogyasztással. 1970 és 1976 között 800 ezer elítélt alkoholos befolyásoltság állapotában követte el cselekményét. Ugyanezen idő alatt az ittas állapotban elkövetett szabálysértések száma meghaladta az egymilliót.

A lengyel szakemberek szerint (1978-ban) *az alkoholizmus megoldásának kérdése az ország egyik legfontosabb társadalmi problémája.*

NÉMET DEMOKRATIKUS KÖZTÁRSASÁG

Az NDK-ban előforduló „igazi" kábítószereket elsősorban Nyugat-Berlinből csempészik. A kábítószerként is használható receptköteles gyógyszerek (altatók, fájdalomcsillapítók) általában — bár magas áron — megvásárolhatók. (A drogfogyasztókról részletes adatokat nem ismerünk.)

Az alkoholkérdéssel kapcsolatban 1978-ban közölték néhány reprezentatív felmérés adatát. A vizsgált férfiak 6,4%-a, a nők 19,7%-a absztinens. Naponta, illetve hetenként több napon fogyaszt szeszes italt a férfiak 36,6%-a. Ezen belül magas a huszonévesek korcsoportjának italozó aránya (47,5%). A nők 16,2%-a fogyaszt rendszeresen alkoholt, köztük leggyakoribb — 26,2% — az 55 éven felüliek aránya. Képzettség szerint vizsgálva: naponta és rendszeresen iszik a szakmunkások 18,2%-a, a segédmunkások 60%-a. A szeszes italok közül előnyben részesítik a sört (a fiatalok általában csak sört isznak), de az életkor emelkedésével növekszik a tömény italok fogyasztása.

A Szovjetunióban elsősorban a szovjet Közép-Ázsiában a toxikománia elleni küzdelmet különösen fontos feladatnak tekintik *Ahmedov* és *Vsevolodovics*[54]). Történelmi okok következtében a forradalom előtti közép-ázsiai országokban a kábítószer-élvezet igen elterjedt volt. Ennek oka elsősorban a természet erőivel szemben folytatott kemény harc, a helyi hatalmasságok zsarnoksága, a gyarmatosító hatalmak egyre növekvő kizsákmányoló tevékenysége, továbbá a toxikománia következményeinek ismerethiánya, valamint az orvosi segítség hiánya volt.

A szovjethatalom létrejötte óta az orvosok, bűnüldöző, társadalmi és egyéb szervezetek következetes harcot vívnak a kábítószer-élvezet ellen.

Különös figyelmet fordítanak az ifjúság védelmére, mivel itt a veszély jóval nagyobb. A kábítószerrel visszaélő fiatalok három évig terjedő szabadságvesztéssel büntethetők. A kábítószer ellen azonban kevés a bűnüldöző szervek akciója. Társadalmi összefogásra van szükség, és elsősorban a terjesztőket kell súlyosan megbüntetni. A toxikománokat gyógyítani kell, illetve gondoskodni kell a megfelelő megelőző eljárásokról. Ebben a munkában az orvosi tevékenység mellett elsődleges szerepet kap a felvilágosító, nevelő tevékenység.

1980 szeptemberében Moszkvában tudományos ülést tartottak, ahol foglalkoztak az alkoholizmus kérdéseivel. A Szovjetunióban minisztertanácsi rendelet szabályozza az állami és társadalmi szervek alkoholellenes tevékenységét. A Minisztertanács elnökhelyettesének vezetésével működő alkoholizmus elleni bizottságnak vannak alárendelve a megyei, városi és a járási tanácsok mellett működő bizottságok. A munkahelyeken társadalmi aktivistákat kérnek fel, hogy foglalkozzanak azokkal, akik iszákosság miatt megsértik a munkafegyelmet vagy problémát okoznak családjuknak. Ha nem tudják meggyőzni őket, hogy változtassanak életmódjukon, javaslatot tesznek gyógykezelésükre.

1976-ban az egészségügyi miniszter új szervezési formákat hozott létre az alkoholizmus elleni küzdelem segítésére.

Elkülönítették a pszichiátriától és önálló szakággá fejlesztették a *narkológiát* (alkoholisták, gyógyszer-, kábítószervisszaélők). A megyei, városi, járási narkológus szakfőorvosok irányítják a gondozók és a kórházak narkológiai osztályainak munkáját. A gondozókban ellenőrzött betegek kb. 30%-a igényel évente kórházi kezelést. A beteget első alkalommal minimálisan 45 napig kezelik kórházban. Eredményesebbnek tartják azt a módszert, amikor a kezelést az üzemek mellett szervezett narkológiai intézményekben munkaterápiával egybekötve, mintegy három hónapig végzik.

3. MAGYARORSZÁG

A kábítószer-élvezetnek hazánkban nincsenek „igazi" hagyományai. Az ENSZ Kábítószer Főosztálya által kábítószernek tekintett anyagok közül Magyarországon csak a *barbiturátok* és az *alkohol* fordulnak elő komolyabb veszélyt jelentő mennyiségben. Az egyéb kábítószerek iránti érdeklődés valójában ki sem alakulhatott, mivel azok komoly mennyiségben, a szigorú ellenőrzés miatt, nem juthatnak el hozzánk. A barbiturátot nem tartalmazó altatók, nyugtatók, trankvillánsok, továbbá az alkohol fogyasztása viszont évről évre nő. A pszichoszociális epidémia következményeként hazánk fiatal korosztályainak egyes csoportjai is növekvő érdeklődést mutatnak a kábító hatású anyagok iránt. Gyakorlatilag azonban elsősorban csak az ún. „pótszerekhez" jutnak hozzá, újabban elvétve a klasszikus kábítószerekhez is.

Magyarországon, az alkoholtól eltekintve, három csoportba sorolhatók a *beszerezhető kábítószerek,* illetve kábító hatású anyagok:

a) klasszikus kábítószerek (ópium, morfium);

b) altatók, nyugtatók, trankvillánsok, izgatók;

c) olyan *gyógyszerek* és *egyéb anyagok,* melyek kábulat, eufória, esetleg hallucinációk kiváltására is alkalmasak.

a) Klasszikus kábítószerek

A morfinisták száma elenyésző és hosszú évek óta nem emelkedik.

Jellemző a hazai helyzetre, továbbá a morfin iránti érdeklődés és igény hiányát igazolja az az eset, amikor néhány évvel ezelőtt nagyobb mennyiségben loptak morfiumot egyik gyógyszergyárunkból, s Magyarországon nem tudták értékesíteni.

Bár a morfinisták száma nem nő, a fiatal korosztályok néhány, „pótszerekkel" már visszaélő tagjának érdeklődését az ópiátok is felkeltették, különösen az intravénás injekció formájában. Találkoztunk olyan fiatalokkal, akik vagy lopott morfiumot, vagy a mák gubójából összegyűjtött ópium vizes oldatát adták be maguknak injekcióban. Mindezek mellett jellemző a hazai helyzetre, hogy bár máktermelő ország vagyunk, néhány fiataltól eltekintve senki, a 70-es évek végéig a máktermelő földművesek sem alkalmazták a nyers ópiumot visszaélésszerűen.

Korábban hazánkban csak elvétve hallottunk arról, hogy egyeseknek alkalmuk volt marihuanát, hasist, esetleg egyéb kábítószert is kipróbálni. 1978—1979 óta egyre több drogvisszaélő beteg számolt be arról, hogy marihuanához, hasishoz, LSD-hez, sőt heroinhoz is hozzájutottak. A beszerzési forrást nem közölték, de utaltak az egyes pályaudvarok környékére és a metró egy-egy állomására, illetve színesbőrű diákokra és turistákra.

b) Altatók, nyugtatók, trankvillánsok, izgatók

E készítményekkel való visszaélés gyakoribb a felnőtteknél. A fiatal korosztályok körében is észlelhető azonban altató vagy nyugtató hatású gyógyszerek szedése, különösen, ha már a megszokott Parkanhoz, vagy szerves oldószerhez nem jutnak hozzá. Találkoztunk olyan fiatalokkal, akik Parkannal vagy ragasztóanyaggal való visszaélés mellett rendszeresen szedtek gyógyszereket is.

A *felnőttek* toxikomániája alapvetően különbözik a fiatalokétól. Majdnem kivétel nélkül *orvosi javaslatra kezdenek gyógyszert szedni, s szinte észrevétlenül alakul ki a megszokás, majd a függőség,* illetve a toxikománia. Ekkor azonban már rendkívül súlyos állapotról van szó, *gyakori az alkohollal való kombináció* is. Az elvonás csak kórházban végezhető el. E betegek a kórházban is mindent elkövetnek, hogy a kedélyállapotukat befolyásoló gyógyszerekhez jussanak. A legkülönbözőbb panaszokra hivatkozva kérnek, vagy követelnek gyógyszert. Általában megszervezik, hogy látogatóik gyógyszert hozzanak be. Több esetben közel száz tablettát találtunk egy-egy ilyen betegnél. Az illegálisan szerzett gyógyszerek elrejtésében rendkívüli találékonyságot mutatnak. Találtunk már nagyobb mennyiségű altatót egy nő csizmájában, mellékhelyiségekben, és egyéb helyeken is. E toxikománok elvonása hosszú kórházi kezelést igényel, ilyenkor is gyakori a visszaesés, s ez gyorsabban következik be, mint az idült alkoholisták esetében történt elvonás után.

A nyugtatók és altatók fogyasztása napjainkban minden gazdaságilag fejlett országban nő, azonban mindenütt lényeges különbségek vannak a nagyvárosok lakói és a vidék lakosságának fogyasztása között. Magyarországon a nyugtatók és altatók fogyasztásának gyakorisága és területi összehasonlítása tekintetében végzett vizsgálatok szerint 1960-tól 1970-ig a nyugtatók és trankvillánsok darabszáma 98 millióról 300 millióra, az altatóké 30 millióról 72 millióra növekedett. Ezen belül feltűnően kiemelkedik a főváros lakosságának gyógyszerfogyasztása. 1970-ben a trankvillánsok 26,8, a nyugtatók 45,1 és az altatók 39,3%-a Budapesten került forgalomba *(Mádai*[55]).

A vidékkel való összehasonlítás során a gyógyszerek darabszámát ezer lakosra számítják. Ha így vizsgáljuk a megoszlást, kimutatható, hogy Budapesten az *Andaxin* 90,6, a *Seduxen* 63,4, a *Valeriana composita* 253,9%-kal haladta meg a vidéki átlagokat. Az altatóknál még feltűnőbbek a különbségek; a főváros lakossága 167,7%-kal több *Dorlotynt,* 310,8%-kal több *Noxyront* és 189,5%-kal több *Tardylt* fogyasztott 1970-ben, mint a vidéki lakosság.

1981-ben egy a témával foglalkozó kerekasztal-konferencián hangzott el: még a gyakorló orvosok közül is kevesen tudják, hogy hazánkban 17 olyan kombinált fájdalomcsillapító, görcsoldó van forgalomban, melyek barbiturátot tartalmaznak. A gyógyszerfelhasználás növekedésére jellemző, hogy a fogyasztás nem áll arányban a terápiás szükséglettel.

c) Gyógyszerek, egyéb anyagok

Parkan

Magyarországon 1968-ban észleltük először, hogy egyes fiatalok, általában kisebb csoportokban, Parkant szednek. Eleinte csak a fővárosban középiskolákban, iparitanuló-iskolákban, bentlakásos intézetekben fordult elő. A következő években vidékről is jelezték elterjedését.

Az első nagy létszámú — Parkannal visszaélő —, mintegy 70 tagú csoport 1972-ben került a szakemberek tudomására.

1972 márciusában egy 17 éves középiskolás lány feküdt be idegosztályra. Elmondta, hogy 1971 őszén kapott barátaitól először Parkant. Arra hivatkozva ajánlották, hogy „jó hatású". Korábban Seduxent már szedett alkohollal. Kórházi kivizsgálása és kezelése alatt lehetőség nyílt arra, hogy — járóbeteg-kezeléssel — foglalkozzunk a csoport őt látogató tagjaival. A Parkan szedését nem ismerték el egyértelműen, de akik igen, azok csaknem egybehangzóan adták elő élményeiket, ezek megegyeztek a már leírtakkal.

A csoportból csak 32 fiatal vizsgálatára volt lehetőség. Közülük 6 volt lány, 26 fiú. Életkoruk 17—25 év, átlagéletkoruk 19 év volt. A vizsgált 32 toxikomán közül 12-en vonakodás nélkül elismerték a Parkan szedését. További 10 személyről megbízható adataink voltak arra vonatkozóan, hogy visszaélők.

Alkalmazására általában csoportosan — néha kettesben — került sor. Rendszerint kevés alkohollal (egy üveg sör, 1—2 dl bor) vették be a Parkant. A 12 — akkor még csak —, néhány teszt által pszichológiailag is vizsgált fiatal és fiatal felnőtt minden töprengés vagy zavar

nélkül elismerte a Parkan szedését, ezt nem tartották kórosnak, hangoztatták, hogy tovább fogják szedni, sőt többen kijelentették, hogy hasist is szednének, ha hozzájutnának.
Az észlelt csoport sajátosságai minden jellemző vonás tekintetében megegyeztek külföldi szerzők hasonló tapasztalataival: hosszú hajú, bőrzekét, farmernadrágot, gyűrűket, nyakláncokat viselő tetovált fiúk, nadrágban, zekeszerű öltözetben járó lányok. Öltözetüktől eltekintve is elhanyagoltak, ápolatlanok voltak. A csoport állandó tagjainak megjelenése annyira jellegzetes volt, hogy az „újoncok" messziről megismerték őket. (A csoporthoz való csatlakozás hasonló oltözetet, viselkedést követelt meg.)

A hippimozgalom hazai lezajlása után fenti megállapítás csak részben volt megfigyelhető. A visszaélők többsége továbbra is elhanyagolta öltözékét, de általában már nem viselték a hippi „uniformist". Több feltűnés nélkül öltözködő, rendezett külsejű betegünk is van.

A csoport „állandó" tagjai (7—10) vagy nem dolgoztak, vagy csak napi néhány órát igénybe vevő munkát vállaltak. Már vizsgálatuk legelején feltűnt, hogy közülük többen egy beat-zenekarnál dolgoznak kisegítőként. Elmondták, hogy mindannyian részt vesznek a zenekar próbáin és műsorain is. Konkrét kérdésekre azt válaszolták, hogy a műsorok kevésbé „érdekesek", a próbák jelentik az „igazi" élvezetet. Utaltak arra, hogy a próbákon a zenészek is kábítószerek hatása alatt vannak. A csoport naponta találkozott. Állandó találkahelyük a pesti Dunapart egy jellegzetes fájánál, rossz időben a Belvárosi Kávéház önkiszolgáló büféjében, vagy egyikük háromszobás lakásában volt. (Szülei évek óta külföldön tartózkodtak.) Jellemző adat, hogy a „kültagok", akiket csak laza szálak fűztek a csoporthoz, mindig megtalálták őket.

A Parkant szedő fiatalok az átlagtól eltérő magatartásuk, viselkedésük magyarázatára sajátos filozófiát dolgoztak ki. Ennek legjellemzőbb vonása a „nihilizmus", mindennek a tagadása. Azért nem dolgoznak, vagy csak időnként, mert szerintük nincs a munkának „értelme". A saját igényeiket kielégítő összeget úgysem tudják megkeresni.

„Gépkocsit nem tudnak venni, a kerékpárt pedig már kinőtték." Inkább csavarognak és keresik azt a legolcsóbb megoldást, melynek segítségével „jól érzik magukat". A Parkan szedését egyáltalán nem szégyellik. Hangoztatják, hogy *olcsóbb, mint az alkohol.* Társadalombiztosítási vényre 50 tabletta alig több, mint 2,— Ft. (Nem tagadják, hogy ha ilyen áron marihuana vagy más kábítószer Magyarországon hozzáférhető lenne, azt is szednék.) Fokozatosan szembekerülnek családjukkal és az egész társadalommal. Minden kötöttséget tehernek tartanak, életmódjuk, öltözködésük is ezt a szembenállást demonstrálja. Elismerik, hogy tagadásuk pillanatnyilag senki és semmi ellen nem irányul, hogy ideológiájuk nem „kész ideológia", de ki akarják azt dolgozni. Említik, hogy Nyugaton sok tekintetben hasonló a fiatalok állásfoglalása.

Nem szükséges mélyebb magyarázatokba bocsátkozni, hiszen teljesen egyértelmű, hogy a fiatalok ilyen ideológiája, életmódja rendkívüli veszélyeket jelent mind az egyes fiatalokra, mind a társadalom egészére nézve.

A szakirodalmi adatok szerint 1972-ben Magyarországon az ismertetett csoport volt az eddig felderített legnagyobb létszámú, csak Parkant fogyasztó csoport. A később felszínre került csoportok egyidejűleg, felváltva folytattak visszaélést Parkannal, szerves oldószerekkel és gyógyszerekkel.

> Az ismertetett csoporttal csaknem egy időben számolták fel rendőri szerveink a „Nagyfa-galeri"-t. E csoportosulás tagjai néhány évvel idősebb korosztályhoz tartoztak, büntetett előéletűek, alkoholizálók, gyógyszerfogyasztók is voltak köztük. Találkahelyük a Gellért-hegyen volt. Közönséges bűncselekmények elkövetése után végül is izgatásos bűncselekményt követtek el. Vezetőik több éves börtönbüntetést kaptak.
>
> 1976 második felében számolt fel a BRFK Ifjúság- és Gyermekvédelmi Osztálya egy csaknem százas létszámú csoportosulást. A csoport tagjai közül nem volt mindenki Parkanfogyasztó, illetve egyesek csak néhányszor próbálkoztak a Parkannal. Mintegy harmincan viszont rendszeresen visszaéltek Parkannal, esetenként más gyógyszert is szedtek, illetve szerves oldószerrel is visszaéltek.

A szerves oldószerek visszaélésszerű alkalmazásáról is 1968-tól tudunk Magyarországon. 1973-tól több általános iskolában, középiskolában és állami intézetben felkérésre végeztünk tájékozódó, illetve reprezentatív jellegű felméréseket. Megtudtuk betegeinktől, hogy iparitanuló-iskolákban és néhány egyetemen is előfordul ez a jelenség, felkérés hiányában, a fennálló rendelkezések értelmében azonban e helyeken nem volt alkalmunk arra, hogy vizsgálatot végezzünk. Néhány fiatal felnőtt betegünk azonban tájékoztatott bennünket arról, hogy a fiatal felnőttek körében is előfordul ez a visszaélési forma. Egyébként ez az adat megegyezik a külföldi szakirodalomban olvasható adatokkal. Egy ilyen betegünk később túladagolás következtében meghalt.

Egybehangzóan írják le az e kérdésekkel foglalkozó szakemberek, hogy a *„szipuzás"* a legfiatalabb korosztályok visszaélési formája, de előfordul felnőtteknél is.

Több esetben találkoztunk katonai bevonulás alkalmával hosszú hajú, szakállas, feltűnően elhanyagolt külsőjű fiatalemberrel, aki elmondta, hogy visszaél ragasztószerekkel, de se a rendőrségen, sem az egészségügyi szerveknél nincs regisztrálva. Többségük be is vonult, de hamarosan FÜV útján leszerelték őket. (Leggyakoribb kórisme: akaratgyengeség, diszharmóniás személyiség, narkománia.)
Mindössze néhány hivatásos tiszthelyettest volt alkalmam vizsgálni, akik nem tagadták, hogy alkalomszerűen *„szipuztak"*. Egyikük elmondta, hogy alakulatánál egy hasonló állományviszonyú társa tanította meg őt és még néhányukat a szerves oldószerek élvezetére. (Társát időközben leszerelték.)

A hatvanas évek végén, a hetvenes évek elején legtöbben a *Pálma rekordot* alkalmazták, többen egyéb ragasztóanyagot is kipróbáltak *(Pálmatex, Technokol Rapid, Kala)*, néhányan benzint és különböző spray-ket is.

Az általános iskolák alsó tagozataiban különböző foglalkozásokon gyorsan száradó tubusos ragasztót használnak. E ragasztóanyagokat meglehetősen fejlett, tájékozott gyerekek többnyire „hallomásból" ismerik, és esetleg csak kíváncsiságból szagolgatják, kipróbálják, ami megszokássá vezethet. Majdnem olyan a helyzet, mintha gyúlékony anyagokkal vagy robbanószerekkel igyekeznénk műszaki készségüket fejleszteni. Egyébként van szerves oldószert nem tartalmazó, tehát nem veszélyes tubusos ragasztó is, illetve iparilag könnyen megoldható lenne kellemetlen illatú anyaggal való keverésük. Talán a példa is mutatja hogy *közös felelősségről* van szó! 1976-ban 48 fővárosi *„szipuzó"* általános iskolás került vizsgálatra (életkor: 11—16 év, 34 fiú, 14 lány). A vártnál kevesebb csonka családdal találkoztunk, viszont aránylag sok volt az idősebb és betegebb szülő. A vizsgált gyermekek jó vagy közepes anyagi körülmények között nőttek fel, viszonylag magas összegű zsebpénzt kaptak. Jellemző volt a felügyelet nélkül töltött szabad idő rendkívüli nagysága. E *ragasztót szívó* gyermekek csoportokba szerveződtek, és általában épülő vagy lebontott házakban búvóhelyet építettek maguknak. A 48 vizsgált gyermekből 31 rendszeresen alkoholt is fogyasztott (néhány 12 éves is!), 34 dohányzott (*Gusztos*[56]). Ugyancsak 1976-ban 50 szegedi, 7—17 éves fiatal (41 fiú, 9 lány) került vizsgálatra. Az esetek közül 16-nál észleltek agresszív magatartást, 16-nál csavargást, 17 gyermek (mind 14 éves és annál fiatalabb!) követett már el bűncselekményt (lopás, betöréses lopás, robbanószerrel, fegyverrel való visszaélés). Az 50 gyermekből 42 kizárólag csoportosan végezte a ragasztószerek szippantását, 5 csoportosan is és egyedül is, 3 kizárólag egyedül folytatta a visszaélést (*Farkasinszky*[57]). 1977 és 1979 között 130 visszaélés — kizárólag 14—18 éves korosztályú — került vizsgálatra. Nemek szerinti megoszlás: 82% fiú, 18% lány. Megállapítható volt, hogy a ragasztószerfüggőség mellett egyre gyakoribb a Parkan, Seduxen, Pipolphen alkohollal kombinált szedése. E tényt *a keményebb drogokhoz való előrelépésként* lehet felfogni. A vizsgált 14 év felettiek 20%-a valódi kábítószert (marihuana, heroin, LSD) is kipróbált (!): 35%-uk követett el bűncselekményt (!). Leggyakrabban garázdaság, betöréses lopás, csoportosan elkövetett szexuális bűncselekmény fordult elő.

Az oldószerekkel való visszaélés veszélyességét a felsorolt jellemző esetek mellett bizonyítja az előfordult halálesetek száma is. Magyarországon 1982 közepéig 27 esetben fordult elő szerves oldószer által kiváltott haláleset: légzésbénulás, akut szívbénulás, illetve az euforiás-kábult állapotban történt baleset következtében. Ha megfontoljuk, hogy az Egyesült Államokban 1961-től 1971-ig 110 haláleset fordult elő szerves oldószer szippantása miatt, a hazai 27 eset komolyan értékelendő. Fiataljaink „találékonyságát" bizonyítja, hogy felfedezték az épülő lakótelepeken 25 kg-os kiszerelésben használt festékek, hígítók, ragasztóanyagok fémdobozait. Egy-egy ilyen fémdoboz úgy kerül a szemétbe, hogy még több kilogramm — esetleg beszáradt — anyagot tartalmaz. A visszaélő fiatalok évekkel ezelőtt felismerték ezt a lehetőséget. Elvittek ilyen dobozokat, s ezzel hónapokra ingyen megoldódott utánpótlási gondjuk. Akár hígítva, és *belélegezve,* akár *rágva* a részben beszáradt ragasztóanyagot, elérték a kívánt hatást. A több kilónyi ragasztóanyag megkönnyíti az epidémia terjedését, és éppen beszáradt volta miatt nem számítható ki toxicitása, ami fokozza az egyébként is nagy veszélyt.

A szerves oldószerek súlyos veszélyével a szocialista országok többségében a nagy nyilvánosság előtt foglalkoznak, sőt, egy-egy érdekes vagy súlyos esetet a napilapok, tömegkommunikációs eszközök is közölnek. Hazánkban évekkel ezelőtt többen hivatkoztak arra, hogy e jelenség hanyatlóban van, ezért nem kell „túlértékelni". Téves állásfoglalás! Sajnálatosan, Magyarországon évről évre terjed a visszaélés, ami fokozott felelősség elé állít mindenkit, aki tehet a további megakadályozás érdekében.

Összefoglalás:

A toxikománia hazai helyzetéről, összefoglalva, az alábbiak állapíthatók meg.:

— Külön kell tárgyalni a felnőttek toxikomániáját — mely gyakran inkább csak gyógyszermániának felel meg —, illetve a fiatal korosztályok helyzetét. A felnőttek *altató-, nyugtatószer-* és *trankvilláns*fogyasztása állandóan nő. A *serkentőszerekkel* való visszaélés

különösen a 40 és 50 év közötti nőknél (fogyasztás, testsúlycsökkentés céljából!) és néhány súlyos állapotban lévő fiatalnál fordul elő.

— A fiatalok, fiatal felnőttek 1968-tól növekvő számban fogyasztanak *pszichotrop* anyagokat. A kórházak és ideggondozó intézetek közlései csak a toxikomának kisebb százalékát ismertetik. E számszerű adatok állandó növekedése azonban igazolja, hogy a *pszichoszociális epidémia* országunkat is elérte. Biztos, hogy a toxikomának jelentős többsége nem kerül észlelésre és nem szerepel a közölt statisztikában sem. (Nem ismerjük a heveny mérgezéses állapotban toxikológiai és elmeosztályokra kerültek számát.) Különösen érvényes ez a megállapítás az ún. próbálkozókra, akik nem tekinthetők toxikománoknak, de helyzetük veszélyeztetett.

— *A toxikománia Magyarországon jelenleg csak tendenciában jelent társadalmi veszélyességet.* Figyelembe véve azonban a toxikomának súlyos személyiségtorzulását, a körükben gyakori öngyilkosságot, illetve az öngyilkosság gondolatával való foglalkozást, a kérdéssel komolyan kell foglalkoznunk.

A felnőttek toxikomániája általában kevésbé feltűnő, csak a legsúlyosabb esetek kerülnek kórházba. A kórházi eseteknél azonban már olyan súlyos állapotokról van szó, melyek kezelése ugyanúgy, mint a fiatal korosztályoké, a jelenlegi kórházi hálózat, az egészségügyi dolgozók felkészültsége, túlterhelése miatt alig megoldható. (Csaknem mindegyikük súlyos szív-, és májbeteg, szellemileg leépültek.)

A hadseregbe eddig csak elenyésző számban kerültek be drog-visszaélők. Ha mégis bevonulnak, általában nem okoznak súlyosabb problémát, mivel magatartásuk annyira feltűnő, hogy orvoshoz, majd kórházba kerülnek, és alapos vizsgálat után többnyire leszerelik őket. Eddig csak néhány drog-visszaélő katona került Katonai Bíróság elé, de egyetlen esetben sem drog-visszaélés, hanem egyéb okok miatt. A visszaélés minden ilyen esetben — befolyásolva a sze-

mélyiséget — szerepet játszott a bűncselkmény elkövetésében.

A drog bevételének módja — csoportosan vagy egyedül — azért döntő jelentőségű, mert a *halálesetek* csaknem mind a „magányos" narkománoknál, az egyedül történő visszaélésnél következtek be.

Csoportos visszaélés esetében ugyanis az egyes csoporttagok nem egyidőben kerülnek ugyanolyan kábult, intoxikált állapotba, s társaik segítésére vagy segítség hívására még képesek. „Szerencsés" körülmény, hogy a vizsgáltak csak 0,5—0,8%-a volt egyedüli visszaélő, az összes többiek 2—4 tagú vagy nagyobb létszámú csoportban folytatták a visszaélést.

Fontos adatnak tűnik, hogy a vizsgáltak mintegy 50%-ánál neurózis, magatartászavar vagy serdüléskori rendellenesség állt fenn már a visszaélés megkezdése előtt. E fiataloknál tehát a drogok szedésében öngyógyító szándék játszhatja a döntő szerepet.

A kórházban töltött idő széles határok között mozog. 5—6 napos kórházi tartózkodás mellett előfordult 4—5 hetes kórházi kezelés is. A csak néhány napos kezelés oka minden esetben az volt, hogy a szülők, akik korábban mindent elkövettek, hogy gyermekük kórházba kerüljön, nem sokkal később iskolai, munkahelyi mulasztás elkerülésére hivatkozva — minden tiltakozás ellenére — hazavitték őket. Nem vették figyelembe, hogy gyermekük hónapok óta, esetenként már 1—2 évig nem járt iskolába, ha igen, akkor sem tanult, illetve nem volt állandó munkahelye. Rendkívül jellegzetes, és csak pszichológiailag magyarázható a szülők e magatartása. A velük is foglalkozó pszichológussal való konzultáció alapján úgy tűnik, mintha *megbánták volna a gyermek kórházi elhelyezését.* A felvételkor „kényes" családi körülményeikre vonatkozó kérdésekre is válaszolniuk kellett. Feltételezhető, hogy a családtól elidegenedett gyermek „kitálalt", mindent elmondott a segítséget nyújtó pszichológusnak, hogy magyarázza szüleivel szembeni magatartását. Elgondolkoztató, hogy ez elsősorban a vezető beosztású, különösen az orvoscsaládok esetében volt feltűnő.

A kórházban kezeltek — kevés kivétellel — közvetlenül a kibocsátás után visszaestek. A felnőtt betegek nagy része így több alkalommal is felvételre került. Érdekes, hogy azok a — többnyire fiatal felnőtt — betegeink, akik családi vagy egyéb okok miatt soha nem feküdtek be a kórházba, évek óta rendszeresen járnak pszichoterápiás kezelésre. Közülük csak 1—2 esetben fordult elő néhány napos visszaesés. (Elképzelhető, hogy ez a munka melletti járóbeteg pszichoterápiás ellátás lesz a toxikománia eredményes kezelésének útja.)

A narkomániával kapcsolatban felmerülhet a kérdés, hogy mi lesz 8—10 év múlva ezekkel a csoportokba, galerikbe verődve felnövő fiatalokkal, akik közül többen drogvisszaélők, jelentős százalékuk alkoholizál. Eközben fizikai fejlődésük elmarad, pszichikailag romboló hatásnak vannak kitéve. Ezeknek a fiataloknak kell néhány év múlva — akár szakmunkásként, akár értelmiségi dolgozóként — átvenniük a „stafétabotot".

Ezzel szemben nem érdekli őket a távolabbi cél, a szakmájukban való továbbképzés, sokkal inkább a gyors, kevés munkával járó pénzszerzés lehetősége. (Úgy tűnik, komoly, érett gondolkodás, önmagával szembeni igényesség kell ahhoz, hogy egy kezdő mérnök, vagy egyéb értelmiségi pályán dolgozó fiatal havi nem egészen 3000 Ft-ért — dolgozzon felelős munkahelyen, amikor segéd-, alkalmi vagy betanított munkásként közel 10 000 Ft-ot kereshet, minden felelősségvállalás nélkül.)

Amikor a toxikománokról beszélünk, a 16—24 évesek kisebbségéről van szó. E kisebbség azonban a fiatalok között „hangadó" s veszélyes a becsületes, tanulni, majd továbbtanulni akaró társakra is.

A tizenéves fiatalokat úgy kellene fizikailag, szellemileg, érzelmileg nevelni, előkészíteni az életre, hogy később alkalmassá váljanak a *fegyveres szolgálatra,* majd a felelősségteljes, igényes munkára.

VII. Fejezet

JOGI SZABÁLYOZÁS, TÁRSADALMI MOTIVÁCIÓK

1. A NEMZETKÖZI ÉS A HAZAI JOGI SZABÁLYOZÁS, EGYEZMÉNYEK

A kábítószerkérdés veszélyeinek korai felismerését igazolja, hogy már 1909-ben (Sanghaj) megtartották az első kábítószerellenes konferenciát. Ugyanakkor az egyes országok különböző gazdasági berendezkedése és helyzete, kulturális állapota, társadalmi rendszere, továbbá a kábítószerek veszélyeinek helyi jelentkezése magyarázhatja csak, hogy az egymást követő egyezményeket nem minden ország képviselői írták alá, illetve hogy évek teltek el az egyezmények ratifikálásáig.

Az 1912-ben Hágában tartott egyezményt 12 ország képviselői írták alá.

1925-ben a Genfi Egyezmény ún. Ópiumügyi Állandó Központi Bizottságot hozott létre.

A második Genfi Egyezmény (1931) megszövegezésében már 57 állam vett részt.

A második világháború után az ENSZ Gazdasági és Szociális Tanácsa Kábítószer Bizottságot hozott létre.

Az 1948-ban Párizsban megtartott értekezleten kiterjesztették az ellenőrzést olyan, korábban nem ellenőrzött fájdalomcsillapítókra és nyugtatókra is, melyek függőséget okoznak.

1961-ben New Yorkban szövegezték meg az Egységes Kábítószer Egyezményt, ehhez Magyarország is csatlakozott.

Az UNESCO szakértői bizottsága 1971-ben foglalkozott az egyezmény hatásköre alá nem tartozó pszichotrop anyagokkal. 1976 augusztusában kiadták a visszaélést kiváltó

körülmények kutatásával foglalkozó javaslatukat. E javaslat nem a hagyományos kábítószerekkel foglalkozik. hanem a hazánkban is problémát jelentő pszichotrop anyagokkal.

A pszichoaktív anyagok használatának társadalmi kutatásai:

a) Egymással összehasonlítható társadalmi szervezeteket kell vizsgálni, elsősorban ott, ahol e problémák léteznek, illetve nem, vagy ahol sikerült korlátozni.

b) Szükséges a pszichoaktív anyagokat használó társadalmak vizsgálata a szociális környezet, a család vagy közvetlen csoport mellett a szélesebb társadalmi, politikai és gazdasági helyzet figyelembevételével.

c) A pszichoaktív anyagok használata és a társadalmi változások vizsgálata különösen három szempontból fontos:

— hirtelen társadalmi változások,
— urbanizáció, a teljesen új körülmények létrejötte, a teljes vagy részleges munkanélküliség,
— a migráció (kivándorlás, turizmus, vendégmunkásság) szerepe a pszichoaktív anyagok használatában.

A *hazai büntetőjogi szabályozás*, az 1978. évi IV. törvény a közegészség elleni bűncselekmények körében fogalmazza meg a Visszaélés Kábítószerrel (Btk. 282. §) és a Kóros szenvedélykeltés (Btk. 283. §) bűncselekményeket.

A Btk. 282. §-a a kóros élvezetre alkalmas kábítószerkészítés, -megszerzés, -tartás, -forgalmazás, -szállítás az országhatáron át elkövetési magatartások mellett azt a személyt is büntetéssel fenyegeti, aki a tizennyolcadik életévét be nem töltött személynek ad kábítószert. Súlyosabban büntetendő a cselekmény, ha üzletszerűen, bűnszövetségben vagy jelentős mennyiségű, illetve értékű kábítószerrel követik el.

A kábítószerrel való visszaélés előkészülete, továbbá a kóros élvezetre alkalmas kábítószernek nem forgalomba hozatal céljából csekély mennyiségben készítése, megszerzése, tartása vétséget képez.

A Btk. 283. §-a vétség elkövetése miatt bünteti azt a

személyt, aki a tizennyolcadik életévét be nem töltött személynek kábító hatású anyag vagy szer kóros élvezetéhez nyújt segítséget, vagy őt arra rábírni törekszik.

A tényállásban szereplő anyag, szer a kábítószerek listáján nem szerepelhet, de kábító hatásuk révén alkalmasnak kell lenniök a kóros élvezetre. Ilyenek az egyes gyógyszerek és más anyagok, pl. oldószerek, ragasztók stb. Annak megítélése, hogy valamely anyag rendelkezik-e ilyen hatással, orvosszakértői feladat.

Ez utóbbi büntetőrendelkezésnek a kábítószerek elleni büntetőjogi küzdelemben kiegészítő szerepe van. A törvényhozó a vétség megfogalmazásánál azt a körülményt értékelte, hogy a serdülők körében a kábítószer iránti érdeklődés az ilyen anyagok felhasználásával kezdődik, vagyis a bűncselekménnyé nyilvánítás oka elsősorban a kóros hajlam felkeltésével járó, az a veszély, hogy az ilyen anyagra rászokó fiatalból idővel kábítószer-élvező lesz. Az itt kifejtettek mellett belátható az ilyen anyagok egészségrontó hatása is, amely a büntetőjogi felelősség oldaláról — a körülményektől függően — súlyosabb megítélést eredményezhet [Vö.: Btk. 166. § (4) bek., 170. § (6) bek].

Az Állami Ifjúsági Bizottság, az Egészségügyi Minisztérium és az Oktatási Minisztérium 1976. évben közös *„Állásfoglalást"* hozott nyilvánosságra. Ebben ismerteti a kábító hatású anyagok Magyarországon való megjelenését és fokozatos elterjedését, különösen a fiatalság körében. Leírják az egyénre és a társadalomra kifejtett káros hatását. Az Állásfoglalás hangsúlyozza, hogy az időben történő felderítés, a visszaélés megelőzése és megakadályozása érdekében összehangolt tevékenységre van szükség, elsősorban belügyi, egészségügyi, oktatási szervektől és intézményektől.

Alig érthető, hogy a dokumentum megjelenése óta — bár a kábító hatású anyagokkal való visszaélés terjed — intézkedés alig történt. Mindössze a sajtóban vagy a rádióban találkoztunk egy-egy óvatos utalással.

Az említett — ÁIB, Egészségügyi Minisztérium és az Oktatási Minisztérium — Állásfoglalás Magyarországon az első olyan magas szintű kezdeményezés, mely alapját képezheti

a *fiatalkori toxikománia* terjedése, illetve egyáltalán kialakulása megakadályozásának.

Az elvi állásfoglalások azonban önmagukban legfeljebb az egyes kérdések felvetésének jogosságát „szentesítik", de a problémákat nem oldják meg. Olyan intézkedések mielőbbi meghozatala szükséges, melyekre egyébként az ismertetett „Állásfoglalás" is utal. Az érintett minisztériumok összehangolt munkájától várható csak a kielégítő jogi szabályozás megalkotása, a gyakorlati utasítások kidolgozása.

2. KÁBÍTÓSZEREK ÉS A BŰNÖZÉS

A kábítószerekkel való visszaélés és a bűnözés közötti összefüggés földrajzi egységekként és kábítószerekként változik. Az Amerikai Egyesült Államokban, Nyugat-Európa egyes országaiban és Keleten az oki összefüggés egyértelmű. A „divatos" drogok ára, különösen a *heroiné* és az *LSD*-é olyan magas, hogy a leggazdagabbak közül is csak néhányan tudják megvásárolni napi szükségletüket. Egy jelentés, mely az Egyesült Államok kongresszusa számára készült, 2700 millió dollárra becsüli azt az összeget, amit az USA-ban évente heroinra költenek. Figyelembe véve a heroinisták számát, ez fejenként átlagban napi 30 dollárt jelent *(Bayer)*. Ezt az összeget az átlag amerikai vagy nyugat-európai nem tudja megfizetni, csak oly módon, ha *bűncselekményeket követ el* a szükséges anyagi fedezet megszerzésére, vagy maga is bekapcsolódik a kábítószerkereskedelembe. Általában az utóbbi a gyakoribb. Azok a *kábítószer-kereskedők,* akik közvetlen kapcsolatban vannak a fogyasztókkal, csaknem kivétel nélkül maguk is *kábítószer-élvezők*. Nyugaton hatalmas, jól szervezett bandák gondoskodnak a kábítószer beszerzéséről, tárolásáról és a fogyasztókhoz való eljuttatásról. Az ilyen típusú bűnözés mellett gyakran olvashatunk olyan bűncselekményekről, melyek célja nem a kábítószer megszerzése vagy az ahhoz szükséges anyagi eszközökhöz való jutás. Ilyenkor a leg-

különbözőbb jellegű, rendszerint a kábítószerhatás alatti állapotban elkövetett erőszakos cselekményekről, gyilkosságokról van szó. A szakemberek közül többen nem fogadják el, hogy kábítószerek hatására a kábítószer-élvező bűncselekményt követ el. Statisztikai adatokra hivatkozva úgy látják, hogy a kábítószerhatás alatt elkövetett bűncselekmények esetében a tettesek jelentős százaléka már korábban is elkövetett bűncselekményt. E tényből olyan következtetéseket vonnak le, hogy a kábítószer és a bűnözés között általában nem áll fenn oksági összefüggés. Más szerzők elfogadják az ilyen összefüggés fennállását. E szerzők a *kábítószerrel kapcsolatos bűnözést* három csoportba osztják:

— a kábítószertörvény megsértése,
— a kábítószer megszerzésére irányuló bűnözés és
— a kábítószer hatása alatt elkövetett bűnözés.

A hazai viszonyokat figyelembe véve abból kell kiindulnunk, hogy Magyarországon „igazi" kábítószer alig fordul elő. Tulajdonképpen csak az ópiátok, elsősorban a *morfium* illegális megszerzése jelent olyan cselekményt, amely megvalósítja a kábítószertörvény megsértését. Ilyen cselekmények csak elvétve fordulnak elő.

A *Parkan,* a *szerves oldószerek,* a *nyugtatók, altatók, stimulálók* nem kábítószerek. Ezek megszerzésére gyakori a *receptek hamisítása,* de előfordult *gyógyszergyárból* való *lopás,* illetve gyógyszertári betörés is. E cselekmények természetesen bűncselekményként értékelendők. A felsorolt anyagok visszaélésszerű alkalmazása gyakran eredményez közveszélyes munkakerülést, kisebb súlyú vagyon elleni bűncselekményt is. Néhány esetben előfordult erőszakos nemi közösülés is, valamint a csoportokba szerveződött fiatalok elkövettek izgatást, illetve tervezték ilyen jellegű cselekmény elkövetését.

Az eddigi tapasztalatok szerint a csoportok, a galerik, a csövezés az esetek igen nagy többségében bűncselekmények elkövetéséhez vezet.

Melyek a jellemzői az ilyen csoportosulásoknak? Tagjai általában 16—19 évesek, de előfordulnak közöttük huszonévesek is. A csoport vezetői nem dolgoznak és nem laknak otthon, „csöveznek". Egyébként a csoporthoz több olyan

fiatal is tartozik, akik iskolába járnak, vagy állásban vannak. Figyelmet érdemel az a tény, hogy amennyiben dolgoznak, lehetőleg olyan munkát vállalnak, mely csak napi néhány órás elfoglaltságot jelent (földmérők mellett figuránsok, lapkihordók stb.).

Lazább szálakkal a csoporthoz kötődnek olyan fiatalok is, akik napi nyolc órában dolgoznak, ők azonban a csoport azon „áldozatai", akik munkahelyükről megszerzik a recepteket vagy magát a gyógyszert (egészségügyi iskolák hallgatói, kórházi, gyógyszertári dolgozók). A lopott, lebélyegzett recepteket a csoport „szakemberei" töltik ki.

A rendőrségi jegyzőkönyvek szerint az említett csoport 1975-ben már több száz recepttel rendelkezett, s mivel egy vényre 2—4, sőt öt doboz Parkant is felírtak, ebben az évben több tízezer Parkan-tablettához jutottak hozzá fillérekért. Alig érthető a gyógyszertárak felelőtlensége. Eleinte a kitöltött receptek sok vonatkozásban hibásak voltak. Később, amikor néhányan már megtanulták a felírás módját, akkor is minden recept alakilag hibás, kifogásolható volt. E fiatalok kiváltottak olyan receptet is, amely mosodai bélyegzővel volt ellátva.

Fontos szerepük volt az üres, lebélyegzett receptek megszerzésében néhány orvos-szülő gyermekének. Különösen veszélyesnek kell tartani, hogy a vizsgált fiatalok honvédségi, belügyi receptekhez is hozzájutottak.

Jellemzi e fiatalok Parkan-éhségét, hogy saját elmondásuk szerint is napokat, éjszakákat töltöttek el azzal, hogy a hamisított recepteket beváltsák. Az éjszakai órákat azért részesítették előnyben, mivel ilyenkor nem kellett bemenni a gyógyszertárba, hanem csak ablakon át nyújtották be a receptet. A Parkan-éhséget igazolja az a körülmény, hogy a rendőri eljárás megkezdését, kihallgatásukat követően is, amíg szabadlábon voltak, folytatták a receptek hamisítását és kiváltását. A gyógyszerhez való kötődés mellett e csoportra is jellemző volt, hogy új ismerőseiknek adtak saját gyógyszerükből és kioktatták őket a megszerzés lehetőségeire. A csoporton belül szinte előírás volt az osztozkodás. (Nem hallgatható el a kokainistákkal való analógia, hiszen ők is ajándékoznak — nehezen beszerzett kábítószerekből — alkalmi ismerőseiknek.)

A csoport tagjai rendkívül szoros „barátságban" álltak egymással. Aki „csövezett" közülük, azt elhelyezték valamelyikük pincéjében, gondoskodtak élelmezésükről. Egyik legkedveltebb találkahelyük egy eszpresszó volt. Alig lehet megérteni, hogy e presszó dolgozói nem figyeltek fel arra, hogy ugyanazok a fiatalok órákat töltenek el ott naponta és recepteket hamisítanak.

Mivel nem áll minden adat rendelkezésünkre, fenti felsorolás hiányos. Elegendő azonban annak igazolására, hogy *Magyarországon is megjelent a fiatalok drogokkal kapcsolatos bűnözése.*

Véleményünk szerint e vonatkozásban nem az a legfontosabb kérdés, hogy a toxikománok a droghatás következtében bűnöznek-e, vagy hogy esetleg már a toxikománia kialakulása előtt is követtek el bűncselekményt. Egyes külföldi s a hazai tapasztalatok bizonyítják, hogy a drogvisszaélés, különösen ha csoportosan történik, mintegy előfutára a bűnözésnek. Ebből kiindulva nem helyezkedhetünk arra az álláspontra, hogy amíg nincs bűnözés, nincs teendő. Ez a felfogás figyelmen kívül hagyná a megelőzés döntő jelentőségét. (Természetesen csak adminisztratív megoldások sem elegendőek!)

Mindezek mellett gondolnunk kell — mint ahogy az „Állásfoglalás" is hangsúlyozta — a deviáns magatartású, drogokat fogyasztó fiatalok helyzetére, s a környezetükre kifejtett negatív hatásokra.

Az egyes drogfüggők súlyos személyiségtorzulásáról, talajvesztéséről, öngyilkossági késztetéséről általánosságban már volt szó, s néhány jellegzetes esetet is ismertettünk. Azt is tapasztaltuk, hogy egy-egy drogfüggő fiatal szétzülleszti családját (ha az még egyáltalán harmonikus). A szülők szembefordulnak egymással, kölcsönösen vádolják egymást, a válás gondolatával foglalkoznak. A drogfüggők helyzete munkahelyükön, s minden társadalmi vonatkozásban csak romlik, továbbá a fel nem számolt gócok mindegyike több tucat fiatalt fertőzhet, majd minden újabb eset tovább terjesztheti a droggal való visszaélést.

Néhány, általában már drogfüggővé vált fiatal öltözködésével, magatartásával, „filozófiájával" is romboló hatású

környezetére. Az ellenséges ideológiákat befogadó, továbbfejleszteni, vagy terjeszteni akaró fiatalok nem mindegyike drog-visszaélő. A drog-visszaélők azonban mindennel szembeni fenntartásuk, talajtalanságuk miatt veszélyeztetettebbek az ilyen ideológiák, nihilisztikus filozófiák átvételére, érvényesülésre törő irányultságuk miatt terjesztésére is. Nem véletlen, hogy az eddig felderített csoportok — eltekintve a legfiatalabbakból álló csoportoktól — *politikai tartalmat* is adtak „filozófiájuknak", s tulajdonképpen minden esetben, legalábbis mintegy megközelítették az izgatásos bűncselekmények elkövetését.

Nyugaton, ha foglalkoznak is a pszichoszociális epidémia új jelenségeivel, csak a szakemberek egy része veszi komolyan a pótszerek *(szerves oldószerek stb.)* veszélyeit. (A *heroin, kokain* és *LSD* nagyszámú áldozata mellett ez bizonyos fokig érthető is.) Egyes helyeken arról is vitatkoznak, hogy veszélyes-e a *hasis* vagy nem. Társadalmunk nem veheti tudomásul minden további nélkül, hogy létezik deviáns magatartás, így drog-visszaélés is. Csak mint súlyos, az egész társadalom elképzeléseit, célkitűzéseit, munkáját negatívan befolyásoló problémát kezelhetjük, melynek *felszámolására mindent el kell követnünk.*

3. DROGOK ÉS A KÖZLEKEDÉS

E kötet kereteibe csak igen szűken fér be a címben jelölt kérdés. A fokozódó gépjárműforgalom egymagában is sok problémát vet fel, amelyet csak fokozhat a gépkocsivezetés előtti vagy gépkocsivezetés közben történő *alkoholfogyasztás,* illetve *drogok szedése.* Egyes nyugati statisztikák szerint a gépkocsibalesetek mintegy 50%-ában a gépkocsit vezető alkohol- vagy drog befolyása alatt áll.

Enyhe fájdalomcsillapítók

E készítmények a rendszeresen használt gyógyszerek mintegy felét teszik ki. Ha a fájdalomcsillapítók nem tartalmaznak altató- vagy nyugtató hatású anyagokat, és az

adagolás csak néhány napig tart, nem befolyásolják a gépkocsivezetést. Ha azonban arra gondolunk, hogy a fájdalomcsillapítókat nem egészségesek, hanem betegek kapják, világossá válik, hogy munkaképességüket, illetve gépkocsivezetésre való alkalmasságukat összetetten kell megítélni.

Nyugtatók, altatók

A vizsgált gépkocsivezetők körében e készítmények szedésének gyakorisága *második* helyen áll. Különös figyelmet érdemelnek a recept nélkül is kapható készítmények, melyeknél hiányzik az orvosi ellenőrzés. Gondolni kell arra, hogy elsősorban pszichésen labilis emberek hajlamosak arra, hogy lelki egyensúlyuk biztosítására nyugtatókat szedjenek, ugyanakkor e labilis pszichéjű emberek hajlamosabbak a megszokás és függőség kialakulására.

Arra kell törekedni, hogy gépkocsivezetők e készítményekből csak kis adagokat szedjenek, lehetőleg gyorsan bomló, nem halmozódó gyógyszereket. Gondolni kell arra is, hogy ugyanazon személy sem egyformán reagál nyugtatókra és altatókra (megfeszített, igénybe vevő munka után fokozódik a fáradékonyság).

Idült visszaélésnél nemcsak a reagálóképesség és észlelőképesség befolyásolása zavarja a biztonságos közlekedést, hanem e személyek egy részénél — fordított hatás értelmében — eufória alakulhat ki. Ezeknél a személyeknél a gondatlanságot, a „rizikó örömét" szinte provokálja az idült mérgezés által kiváltott pszichés károsodás.

Trankvillánsok

A fő veszélyt a *teljesítőképesség befolyásolása* jelenti: fáradékonyság, gyengeség, indítékszegénység, esetleg kettős látás, tájékozódási zavarok, zavart állapot, eufória és a megszokás minden veszélye.

Több helyen végeztek e gyógyszerekkel olyan vizsgálatokat, amelyekkel azt akarták tisztázni, hogy az adott gyógyszer befolyásolja- e a gépjárművezetőt. E vizsgálatok eredményének értékelésekor figyelembe kell venni, hogy általában egészséges embereket vizsgáltak, akik tudtak a vizsgálatról és rendszerint csak egy alkalommal vették be a gyógyszert.

Az *Eunoctin*ról kimutatták, hogy ugyanúgy, mint más barbiturátot nem tartalmazó altatóknál, 10 mg feletti esti adagnál reggel még olyan utóhatások észlelhetők, melyek a gépkocsivezetést zavarják: kábultság, fáradtság, izomgyengeség, a mozgások bizonytalansága.

Neuroleptikumok

Általánosan érvényes, hogy gépkocsivezetők ilyen készítményeket *nem szedhetnek!* Mégis gyakran találkozunk olyan gépkocsivezetővel, aki magas vérnyomása miatt *Rausedylt* szed. Mellékhatásként szédülés, aluszékonyság, ájulásszerű állapotok — gyakran depresszió — fordulnak elő.

Depresszióellenes készítmények

Ugyanaz érvényes, mint az előbbi csoport készítményeire. Tulajdonképpen már a depresszió is alkalmatlanná teszi a személyt a gépkocsivezetésre, emellett minden depresszióellenes gyógyszer mellékhatásai is zavarják a vezetést.

Stimulánsok, serkentők

Minden olyan készítményt, amely a *központi idegrendszerre* izgató hatású, alkalmatlanná teszik a személyt a gépkocsivezetésre. Az izgató hatás mellett ugyanis ingerlékenység, agresszivitás, eufória is fellép, és fennáll a *megszokás* és a *függőség veszélye*. A koffein a legenyhébb stimuláló. Túlérzékenység, vagy a túladagolás (0,40 gr) esetében fellépő vegetatív zavaroknál, továbbá stressz helyzetekben való alkalmazásakor zavarja a gépkocsivezetést. Kávéban mértékletesen fogyasztva kevésbé veszélyes. Mindig számolni kell azonban azzal, hogy a koffein által kiváltott átmeneti teljesítmény-emelkedést tartós teljesítmény-csökkenés követi. Érvényes ez — nagyobb mennyiségben fogyasztva — a colatartalmú italokra is.

Morfin hatású készítmények

Az ilyen készítményekkel visszaélők *nem vehetnek részt a forgalomban!* Adott esetben bizonyos közlekedési szituációkban be nem látható reakciók következnek be. Vissza-

élésnél a kábítószer hatásából adódó magatartás jelenti a veszélyt. Emellett veszélyt jelent az azonnali hatás, a készítmény felhalmozódása a szervezetben, vagy az idült mérgezés által kiváltott károsodás. Számolni kell az elvonási jelenségek miatt bekövetkező veszélyekkel, ha a függő valamilyen ok miatt nem tud hozzájutni kedvenc drogjához, vagy valamilyen hasonló hatásúhoz.

Hallucinogének

A többször említett „tudattágulás" tulajdonképpen tudatzavart jelent. Már 150 mg *hasis* egyszeri elfogyasztása a teljesítménynívó csökkenéséhez vezet, a tévedésre való fokozott hajlammal. Jelentősen romlik az idő és a sebesség érzékelése. Romlik a térérzés, éjjel e zavarok fokozottabban jelentkeznek.

Alkohol és gyógyszerek, illetve drogok kombinációi

Annak a ténynek, hogy a visszaélők gyakran több drogot szednek váltogatva vagy egyidőben, különös jelentősége van. Leggyakoribb az alkohol és gyógyszerek kombinációja.

Tekintettel arra, hogy az alkohol és a különböző gyógyszerek kombinált hatásai igen változatosak, a várt hatásokat szisztematikusan nem rendezhetjük. Az egyes ember ugyanazon gyógyszerre is különböző körülmények között — megterhelésétől függően — különbözőképpen reagál. Még nehezebb előre véleményt mondani olyan esetekben, amikor valaki többféle gyógyszert alkohollal kombinálva fogyaszt. Annyi azonban bizonyos, hogy a többszörösen kombinált kábítószerek fokozottan veszik igénybe az egyént. Huzamosabb ideig történő fogyasztás olyan fizikai, pszichikai károsodást okozhat, amely alkalmatlanná teheti az embert az őt körülvevő világ reális érzékelésére.

VIII. Fejezet

MEGELŐZÉS, KEZELÉS, REHABILITÁCIÓ

A kábítószerkérdést a világon még sehol nem tudták megoldani. Tekintettel az elmúlt 35 évben kialakult új helyzetre, melyet talán legjobban az egyre *fiatalabb korosztályok* kábító hatású anyagokkal, külföldön kábítószerekkel való visszaélése jellemez, minden kultúrállam fontos feladatának tekinti a *megelőzés,* a *kezelés* és a *rehabilitáció* kérdését. Az alábbiakban ismertetésre kerülő elképzelések és néhány országban már évek óta folytatott próbálkozások világossá teszik a felmerülő problémák megoldásának nehézségeit.

1. MEGELŐZÉS

A kábító hatású anyagok elleni tevékenységben kivételes jelentőségű a *megelőzés,* mivel a kialakult függőség esetében a gyógyítás rendkívül nehéz és hosszú ideig tart.

Döntő fontosságú a *felvilágosítás.* Drogveszéllyel szemben az egészségügyi nevelési programot — korosztályokra és iskolatípusokra lebontva — minél korábban meg kell kezdeni.

A legfiatalabbak számára természetesen meg sem szabad említeni a drogokat, megfelelő nevelésükről kell gondoskodni, s legfeljebb egyszerű utasításokat ismételni, pl.: „nem szabad mindent a szádba venni". A későbbi években egyre inkább konkrétabbá kell tenni a felvilágosító tevé-

kenységet, az információs anyag egyre inkább meg kell hogy feleljen a tényeknek. Megfélemlítő módszerek nem vezetnek eredményhez. *Az objektív tájékoztatásnak vannak bizonyos veszélyei, de a várható eredmények érdekében vállalni kell a kockázatot.* Törekedni kell arra, hogy a fiatalok ne passzív információ-átvétel formájában jussanak a szükséges ismeretekhez, hanem lehetőleg saját maguk keressék ki azokat könyvekből, újságokból, filmekből. Fel kell használni a rádió és televízió által nyújtott lehetőségeket is. Jól összeállított informatív anyagok — a szenzációhajszolás elkerülése mellett — rábírhatnak egyeseket arra, hogy a drogfogyasztást abbahagyják, másokat olyan értelemben motiválhatnak, hogy meg sem próbálják. Fontos továbbá, hogy a *szülők, pedagógusok — fegyveres testületeknél tisztek, kiképzők, oktatók — megfelelő ismeretekkel rendelkezzenek* a drog-visszaélés kérdéseiről, továbbá, hogy saját maguk is példát mutassanak. Nem követelhető meg a fiataloktól, hogy megértsék az illegális drogok veszélyeit, amíg környezetükben az idősebbek legális drogok rabjai.

A *megelőző tevékenységet* két szakaszra osztjuk:

a) Az általános megelőzés szempontjából fontos az *ÉN-fejlődés* zavartalan lefolyása. Ebben segítséget nyújthat a nevelési tanácsadás javítása és bővítése. A gyermek, illetve a fiatal értékítéletét, értékrendszerét a gondosan kidolgozott nevelési módszerek kell hogy befolyásolják. A nevelés során el kell érni, hogy pozitív értékekre való törekvés, pozitív ideálok alakuljanak ki. Az *ÉN*-fejlődésben jelentős szerepe van az emberek egymás közötti kapcsolatai, ezen belül a család belső kapcsolatai kiépítésének és erősítésének. Minden mozzanat, ami megkönnyíti a gyermeklétből a felnőttlétbe való átmenetet, illetve javítani tudja a generációk közötti kapcsolatot, mind megelőző értékű és jelentőségű. Szükséges továbbá az általános megelőzés szempontjából is, hogy a fiatalokat felvilágosítsuk a kábítószerélvezet veszélyeiről.

b) Viszonylag korán meg kell kezdeni a *speciális drogmegelőzést.* Már 12 éves kor előtt *fel kell világosítani a fiatalokat,* még mielőtt találkoznának a kábítószerrel. E felvi-

lágosítást be kell építeni a hagyományos oktatásba. E célra talán legalkalmasabbak a biológiai és a társadalomtudományi órák. A drogokról az iskolai oktatás keretében is csak tárgyilagosan, a korrekt pszichofiziológiai összefüggések ismertetése alapján — a fiatalok életkorának megfelelő szinten — szabad beszélni. Meg kell szabadítani a drogokat a misztikától. A felvilágosítás során ki lehet fejteni a drogok központi idegrendszerre gyakorolt hatását, mely az észlelés, a figyelem és az emlékezés zavarait eredményezi. Ki kell hangsúlyozni a drogokat nem szedő fiatalok példáját. El kell érni, hogy azok a fiatalok, akik a drogok vonatkozásában veszélyeztetett helyzetben vannak, rádöbbenjenek helyzetükre és szociális felelősségükre. Meg kell őket tanítani arra, hogy ne engedjenek a konformitás nyomásának és ne kövessenek meggondolatlanul minden divatot. A felvilágosítás során — lehetőség szerint — nem csak racionális érveket kell alkalmazni, hanem hatást kell gyakorolni a fiatalok érzelmeire is. Előkészítés — kiképzés — után fel lehet használni az ifjúsági vezetőket is.

A speciális megelőző eljárások során nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a fiatalok droghoz való viszonyulásában döntő jelentősége van a felnőttek alkoholizmusának és túlzott vagy felesleges gyógyszerfogyasztásának is.

A rendőri szerveknek és egyéb hatóságoknak mindent el kell követniük, hogy minimumra csökkentsék, vagy teljesen megszüntessék az illegális *droghoz való hozzájutás lehetőségét.*

A külföldi szakemberek egybehangzó véleménye szerint, a kábítószerrel való visszaélés problémájának megoldási lehetőségei között legfontosabbnak tartott megelőző tevékenység előtt, ismerni kell az egyes kábítószerek adott országban való terjedési helyzetét. (Általában kérdőíves felmérésekkel végzik. Emellett értékes adatok nyerhetők a már felfedett kábítószer-fogyasztók vizsgálati adataiból is.)

Hazánkban napjainkban is viták folynak arról, hogy szükséges-e a toxikomániával kapcsolatos felvilágosító munka. Különösen akkor ütközünk merev ellenállásba, ha a fiatalság felvilágosításának szükségességéről beszélünk.

E felfogás önellentmondásos voltát bizonyítja, hogy az *alkohol* és a *nikotin* ártalmairól minden rendelkezésre álló eszközzel folytathatjuk a felvilágosítást. Hasonló volt a helyzet legtöbb nyugati országban is, amikor a drogok veszélyes problémaként jelentkeztek. Attól féltek, hogy a felvilágosítás felkelti, illetve fokozza az egyébként is meglevő érdeklődést. Azóta beigazolódott, hogy e félelem alaptalan. Jelenleg minden nyugati és néhány szocialista országban is élnek a felvilágosító tevékenység által nyújtott előnyökkel a felvilágosítást a megelőzés egyik legfontosabb eszközének tartják. Az e kérdéssel foglalkozó szakemberek bebizonyították, hogy mire egy országban egyáltalán szükségessé válik a kábító hatású készítményekkel való foglalkozás, a fiatalok csaknem kivétel nélkül ismerik, nagy részük már ki is próbálta a szóba jövő drogokat. Mivel e drogok veszélyeivel nincsenek tisztában, a tömegkommunikációs eszközök csak az érdeklődésüket felkeltő — rendszerint külföldi — adatokat ismertetik, nem látják be a drogfogyasztás várható következményeit.

Ma már Magyarországon is olyan helyzetbe kerültünk, hogy a fiatalok felvilágosításának elmulasztása fokozza az egyébként is fennálló nehéz, veszélyeket magában rejtő állapotot. A felvilágosítás elmulasztása azt eredményezte, hogy *fiataljaink többet tudnak a Parkanról, a szerves oldószerekről, bizonyos gyógyszerek alkohollal való kombinációiról, mint szüleik vagy tanáraik.* A gyakorló orvosok, a fegyveres testületek hivatásos állományának nagy többsége sincs tisztában ezekkel a kérdésekkel.

A felvilágosító tevékenység szervezett formában történő beindítása tovább nem halasztható. Gondolni kell e munka során arra is, hogy a fiatalok veszélyhelyzetének szem előtt tartása mellett foglalkozni kell a szülők gyógyszerfogyasztásával is. E kérdés jelentőségét hangsúlyozza az a statisztikai adat, hogy a drogfogyasztó fiatalok szüleinek 60%-a alkoholista vagy túlzó gyógyszerfogyasztó.

A fiatalok és a felnőttek is oly sok forrásból nyernek általában téves információt, hogy kíváncsiságukat reális tényként kell értékelnünk. Ha nem szervezünk központilag irányított felvilágosítást, e reális igény kielégítése hibásan,

esetleg a *toxikománia* útvesztőin mindenképpen meg fog történni.

Meg kell azonban fontolnunk, hogy a felvilágosítás milyen sorrendben, milyen mélységig, kik által és hol történjék.

Elsőrendű fontosságúnak tűnik a gyakorló orvosok *továbbképzése*, különösen azoké, akik nap mint nap közvetlenül kapcsolatban vannak a családokkal. Hozzájuk fordulnak ugyanis a szülők, tanácsot várnak tőlük, ezt azonban általában — objektív ismeretek hiánya miatt — nem kapják meg.

Az orvosok továbbképzésével egyidőben meg kell kezdeni a *pedagógusok továbbképzését* is. Szinte hihetetlen, hogy még kémiát tanító pedagógusok is — néhány kivételtől eltekintve — alig tudnak valamit a szerves oldószerek hatásáról, a Parkant pedig egyáltalán nem ismerik.

A *szülők felvilágosítása* is rendkívül fontos. Ha nem ismerik a fiatalok körében „divatos" drogokat, nem tudják ellenőrizni gyermekeiket, kérdéseikre nem tudnak válaszolni. Emellett saját drogfogyasztásukra (nyugtatók, altatók, fájdalomcsillapítók) is indokolt felhívni a figyelmüket.

A *gyermekek, serdülők, fiatal felnőttek felvilágosítása* rendkívüli figyelmet igényel. E felvilágosító tevékenységnek alkalmazkodnia kell a fiatalok korához, ismeretanyagához. Állást kell foglalnunk abban a kérdésben is, hogy mikor kezdődjék a fiatalok felvilágosítása. Túl vagyunk már azon, hogy e kérdésről elméleti vitákat folytassunk. Hazánkban is beszámoltak már olyan 6—7 éves gyermekekről, akik szerves oldószert tartalmazó ragasztóanyagot szippantottak. Ez arra hívja fel a figyelmünket, hogy minél korábban, már az általános iskolában meg kell kezdenünk a felvilágosítást.

Felmerül az a kérdés is, hogy hol: a családi otthonban vagy az iskolákban történjék-e a felvilágosítás? Külföldi tapasztalatok szerint a család általában nem alkalmas a felvilágosításra. A drogokkal visszaélő fiatalok családi kapcsolatai rosszak. Nem várható, hogy a családból kitörni készülő vagy már kitört fiatalt éppen szülei képesek úgy felvilágosítani, hogy annak eredménye is lesz. Saját beteg-

anyagunk vizsgálata is azt igazolja, hogy a szülők tehetetlenek gyermekeik drogfogyasztásával szemben.

Végül is, kizárásos alapon, csak az iskola vállalhatja a felvilágosító tevékenység feladatait. Az iskolában történő felvilágosításnak az a különleges előnye is érvényesül, hogy ott a felvilágosítás szisztematikusan, évről évre elmélyültebben történhet, nem egy, hanem több tantárgy kereteibe beépítve. Az ilyen formában történő felvilágosítás csökkenti a téma szenzációt keltő hatását is. Magától értetődik, hogy elsősorban az osztályfőnöki és a biológiai órák alkalmasak e célra. A biológiatanár a környezeti ártalmak tárgyalásakor megemlítheti az alkohol és a nikotin veszélyei mellett a drogok veszélyeit is. Mind a biológiatanár, mind az osztályfőnök a serdülőkor ismert problémáinak előadásakor beszélhet arról, hogy egyes fiatalok átmeneti nyugtalanságuk, problémáik jelentkezésekor — helytelen módon — a valóságból való menekülésben keresik a kiutat.

Ha a gyakorlati tapasztalatok azt igazolnák, hogy a felvilágosító tevékenység ilyen, több személyre történő megosztása zavaró átfedéseket okoz, akkor egy pedagógusnak, esetleg az osztályfőnöknek kellene vállalnia ezt a munkát. Külföldi megfigyelések szerint célszerű, ha a felvilágosító előadások csak a lényeges mozzanatokra szorítkoznak, s a fiatalok lehetőséget kapnak arra, hogy saját véleményüket elmondják, illetve, hogy kérdéseket tegyenek fel. Az így kialakuló vitában sok — a fiatalokat izgató — kérdés merül fel, melyek megvitatása fontos lehet. Emellett sor kerülhet arra is, hogy a pedagógus 1—2 „problémás" fiatallal külön foglalkozzon. Fontosnak tűnik azonban annak kihangsúlyozása, hogy a pedagógus legfeljebb enyhébb esetekben adhat tanácsokat, nem vállalhatja a pszichiáter vagy a pszichológus feladatát. Adott esetben ilyen szakemberhez kell irányítania a problémákkal küszködő fiatalt.

Néhány országban ifjúsági vezetőket is bevonnak a felvilágosító munkába. A tapasztalatok nem rosszak. Az ifjúsági szervezetek erre alkalmas vezetői irányítani tudják az esetleg spontán induló, drogokkal foglalkozó vitákat. Megfontolandó, hogy KISZ-vezetők, akik hasonló korúak, esetleg néhány évvel idősebbek társaiknál — előzetes felkészí-

tés után — nem tudnának-e segíteni a fiatalkori drogkérdés javításában. Az ifjúság által látogatott szórakozóhelyek, klubok — általuk történő — ellenőrzése sokat segítene.

Kétségtelen, hogy jelenlegi oktatásrendszerünk mellett, figyelembe véve a pedagógushiányt is, a felsorolt elképzeléseknek sok akadálya van. Több szakember kimutatta, hogy az iskolai osztályok túlzsúfoltak, a pedagógusok túlterheltek, s hogy ezek a körülmények a tananyag elsajátítását is megnehezítik. A fiatalkori toxikománia alig belátható veszélyei azonban kötelezővé teszik számunkra a szervezett megelőzés megkezdését. E munka egyik legfontosabb mozzanata a szakszerű, átgondolt felvilágosítás.

A megelőzés, felvilágosítás kérdésében szólni kell a fegyveres testületek, és elsősorban a néphadsereg hivatásos állományának — tisztek, parancsnokok, politikai munkások, oktatók, kiképzők — szerepéről.

A fiatal férfiak pszichikai, fizikai fejlődésének a sorkatonai szolgálat az az utolsó állomása, ahol befolyásolni lehet őket. Ezért fontos, hogy olyan felkészült — toxikománia, drogfüggőség, alkoholizmus károsító hatását értő — hivatásos állománnyal találkozzanak, akik képesek a megfelelő felvilágosítás, „elrettentés" megadására. Természetesen ez a munka is csak akkor lehet eredményes, ha a felvilágosítást végző személy magatartásával, életvitelével egyben „mintaként szolgál".

2. GYÓGYKEZELÉS

Ha áttekintjük a kábítószer-problémával leginkább sújtott országok kezelési próbálkozásait, világossá válik, hogy még sehol nem találták meg a biztosnak mondható eljárást. Talán akörül folyik a legélesebb vita, hogy kórházi (klinikai) vagy ambuláns (járóbeteg) kezelést kell-e választanunk. Tovább bonyolítja a helyzetet, hogy nyugaton az államilag fenntartott intézetek mellett különféle önsegélyező intézetek, otthonok is működnek.

Csehszlovákiában komoly hagyományai vannak a toxikománia kezelésének. Elsősorban a fő veszélyt jelentő alkoholizmussal foglalkoznak, de évek óta kialakult a nem alkoholista toxikomának kezelésének rendszere is. Prágában és környékén a megelőző, gyógyító és rehabilitációval foglalkozó központi intézet az Apolinár.

Az Apolinár Intézetben *külön osztályokon foglalkoznak az alkoholistákkal és a drogfogyasztókkal.* A hozzá tartozó intézetekben és a kerületi tanácsadó állomásokon az ellátás közösen történik. Prága mind a tíz kerületében működik egy-egy tanácsadó állomás. Itt orvos csak részállásban dolgozik, a munka jelentős részét szociális gondozónők látják el. Az Apolinár Intézethez három kihelyezett részleg tartozik: a Lojovice női betegek számára fenntartott intézet 35 ággyal, és Bohnice, a Pszichiátriai Klinika egyik önállóan működő pavilonja, férfi osztály, 26 beteget tudnak elhelyezni, valamint Cerveny Dvur: 100 ágyas, de 150 beteg elhelyezésére is alkalmas. (Zárt intézet!)

Csehszlovákiában a megelőzésre helyezik a fő súlyt. Ennek érdekében teljesen nyíltan járnak el. Felhasználják a tömegkommunikációs eszközöket, s a párt-, ifjúsági és tömegszervezetek rendezvényein is — szakemberek bevonásával — foglalkoznak a toxikománia kérdéseivel. Az a tapasztalatuk, hogy a problémák nyílt felvetése a megelőzés érdekeit szolgálja. Arra hivatkoznak, hogy nő az olyan esetek száma, akik megismerve az Apolinár működését és eredményeit, önként jelentkeznek elvonásra.

Az intézeti kezelés drog-visszaélésnél általában *önkéntes.* (Ha egyéb ok, pl. bűncselekmény miatt nem rendelik el a kényszerkezelést.)

Azok, akik önként jelentkeznek elvonókúrára, 13 hetet töltenek intézetben. Az első hat hét alatt ők is zártosztályi elvek szerint részesülnek kezelésben, utána már kapnak eltávozási engedélyt, majd két hónap után egy-egy hetet otthon töltenek.

A visszaesők 4—6 hónapot töltenek intézetben, a bírósági ítélettel kényszergyógykezelésre utaltak 6—9 hónapot, szükség esetén ez a kezelés 11 hónapig folytatható. A *kezelés ideje alatt a betegek dolgoznak,* gyakorlatilag ellátják az intézet minden fizikai és adminisztratív munkáját. A kezelés felöleli a pszichoterápiás kezelési módszerek csaknem minden formáját: egyéni és csoport-

pszichoterápia, foglalkoztatási terápia. Napi programjuk a reggel hat órai ébresztőtől este 8 óráig kitöltött. Minden reggel torna vezeti be a napot, emellett még a hét meghatározott napjain hosszabb kerékpártúrákat is tesznek, melyet a pszichológus vezet. Este 7 és 8 óra között részletesen leírják a nap eseményeit és az azokkal kapcsolatos véleményüket. Ezeket az „elaborátumokat" másnap a pszichológus értékeli, s amennyiben indokolt, egy-egy csoport-pszichoterápiás foglalkozáson a betegekkel közösen megvitatja.

Az intézeti kezelések eredményében 50—70% a gyógyulási arány, de meg kell említeni, hogy e feltűnően jó statisztikai adat elsősorban az alkoholistákra vonatkozik, a drogfüggők gyógyulási adatai nem mutatnak ilyen eredményeket.

Az intézeti kezelést minden esetben gondozás és ellenőrzés követi. Kifejlesztették a klubterápiát. Ezen belül a gyógyult toxikomán betegek rendszeresen találkoznak, továbbra is kapcsolatban állnak az Apolinár egyes szakosztályaival (művészeti, irodalmi, egyéb szakosztályok). A gyógyult betegek utógondozása egyben a megelőzést is szolgálja, mivel a betegek rendszeresen ellenőrzik egymást is.

Az utógondozás, illetve az ellenőrzés kötelező érvényű, ha valaki idézésre nem jelenik meg, elővezetik. (!)

A drogfüggőség kezelésével kapcsolatos hazai vélemények a lényeges kérdésekben azonosak. A farmakománoknak nevezhető felnőttek, akik orvosi javaslatra szednek nyugtatókat, altatókat — legfeljebb az előírtnál nagyobb adagban —, általában nem kerülnek kórházba. Számukra elegendő a felvilágosítás mellett járóbetegként végzett pszichoterápiás kezelés.

Azok a felnőttek, akik nagy mennyiségben szednek nappal is nyugtatókat, altatókat, rendszerint az első komolyabb, — a szokottnál jelentősen nagyobb adagú — gyógyszerbevétel után kerülnek toxikológiai, majd idegosztályra. Kezelésük igen nehéz, mivel mindent elkövetnek, hogy hozzájussanak megszokott „tablettájukhoz". Gyakori, hogy a kezelés során átmenetileg a barbiturráttartalmú altatók sem hagyhatók ki. Könnyebb helyzetben vagyunk, mióta *Hemi-*

nevrin is rendelkezésünkre áll e toxikománok kezelésére. Nem szabad azonban elfelejtenünk, hogy a Heminevrin is okozhat függőséget, pszichózist is, s ilyenkor igen nehéz az elvonás.

A gyógyszer-függők kezelésében alkalmazott legfontosabb pszichoterápiás formák

A pszichoszociális epidémia fiatal áldozatainak kezelése nehéz. *Heveny mérgezés* esetében a legfiatalabb gyermekeket a gyermekkórházak veszik fel. Korábban a szükséges tapasztalatok hiánya, és a rendelkezésre álló ágyak számának korlátozott volta miatt alig fordult elő, hogy e gyermekekkel a heveny tünetek lezajlása után is foglalkoztak volna. Az e teendőkkel kapcsolatos jóváhagyás megvan, de egyelőre hiányzik a szükséges kapacitás.

A néhány évvel idősebbek esetében (12—18 év) különbséget kell tennünk a *„próbálkozók"* és a már „függők" között. Az eddigi tapasztalatok alapján úgy tűnik, hogy leghelyesebb, ha járóbetegként végezzük a „próbálkozók" pszichoterápiás kezelését.

A drogfüggők kezelése ambuláns módszerekkel nem oldható meg. Heveny mérgezéskor, a tünetektől függően, toxikológiai vagy elmeosztályra kerülnek. A toxikológiai osztályon azonban csak egy-két napot töltenek, az elmeosztályok sem vállalják hosszabb időre e beteganyag ellátását. Budapesten jelenleg nincs a fiatal drog-visszaélők ellátására alkalmas kórházi osztály (1981).

Az eddigi tapasztalatok szerint az esetek többségében neurózis osztályok látják el a fiatal drogfüggőket.

Az ágyhiány, az ápolószemélyzet ilyen irányú képzettségének hiánya miatt azonban a neurózis osztályok sem képesek a néha hónapokat igénybe vevő pszichoterápiás, foglalkoztatási és munkaterápiás kezelések elvégzésére.

Ha az eddigi erőfeszítések ellenére tovább nő a fiatal drogfüggők száma, szükségessé válhat speciális kórházi osztály vagy osztályok szervezése.

3. REHABILITÁCIÓ

A kórházi kezelés után tartós *utógondozás* és *ellenőrzés* szükséges. E feladatot életkortól függően a gyermek, illetve felnőtt ideggondozó intézeteknek kellene ellátniuk.

Fontos a rehabilitációval való foglalkozás is. Már a kórházban folytatott pszichoterápiás kezelés során, majd az utógondozás keretei között el kell érni, hogy a hónapokig, esetleg évekig kallódó, tanulmányait abbahagyó, nem dolgozó fiatalokban megfelelő motiváció alakuljon ki a tanulmányok folytatása, illetve az elhelyezkedés iránt. E motiváció felébresztése mellett meg kell találni a módját, hogy az ideggondozók a tanácsok illetékes osztályaihoz fordulva gyakorlati segítséget is tudjanak nyújtani a továbbtanulás, illetve az elhelyezkedés nehézségei esetében.

Külön gondot jelentenek a bentlakásos intézetek. Ha egy-egy ilyen intézetben tömegesen fordul elő Parkannal vagy szerves oldószerrel való visszaélés — észleltünk már ilyen eseteket —, az egészségügyi szervek és a pedagógusok tehetetlenek. Többen javasoltuk, hogy ilyenkor az érintett intézetet pszichológussal és szociális gondozónővel erősítsék meg. E kérdésben még nincs végleges állásfoglalás.

Toxikomán eseteink során mind a felnőttek, mind a fiatalok kezelésében az jelentette a fő nehézséget, hogy a drogfüggők néhány nap kórházi tartózkodás, csekély javulás után kórházi elbocsátásukat kérték. Törekvésükben gyakran családjuk is támogatta őket.

E betegek néha már a kibocsátás napján vagy néhány nap múlva visszaestek. Megfelelő jogi szabályozás esetében el tudnánk érni, hogy a drogfogyasztók a beutaló szerv és a kezelőorvos megítélésétől függően tartózkodnának kórházban, s utána *kötelezően* vennének részt *utógondozásban.* Ilyen értelmű javaslatot már készítettünk, jóváhagyásától és végrehajtásától komoly eredmények várhatók.

UTÓSZÓ

A toxikománia kérdéseinek tárgyalásakor szembetűnik az a hatalmas különbség, ami a kapitalista és fejlődő országok, illetve a szocialista országok között van. A szakemberek vizsgálata azonban óvatosságra int. Nem véletlen, hogy az állandóan fokozódó gyógyszerfogyasztás mellett — a 60-as évektől kezdve — a szocialista országokban is megjelentek a pszichoszociális epidémia első tünetei, s az egyes szocialista országokban különböző mértékben észlelhető e tünetek terebélyesedése is. Az lenne a meglepő, s alig érthető, ha másként alakultak volna a körülmények.

Minden ember rendelkezik olyan biológiai rendszerekkel, melyek az egyének ilyen irányú szándéka nélkül is megszokáshoz, visszaéléshez, majd szenvedélyhez vezetnek. A környezeti hatások, reflexmechanizmusok hasonló értelemben hatnak. A fiatalok helyzete biológiai és társadalmi okokból még veszélyeztetettebb.

Helyes-e, ha beszélünk a toxikománia kérdéseiről vagy rosszul értelmezett óvatosságból hallgassunk? *Beszélnünk kell e problémákról!* A toxikomániával kapcsolatos adatok olyan tények, melyek azonnal veszítenek érthetetlen, homályos, zavaró jellegükből, ha szakszerűen foglalkozunk velük. Ha leírjuk, hogy Magyarországon is van drog-visszaélés — bár csak elvétve —, utalhatunk a fejlett kapitalista országokhoz viszonyított feltűnően kedvező helyzetünkre. Világossá válik, hogy ugyanolyan biológiai, biokémiai adottságok mellett a fejlettebb társadalmi környezetben helyzetünk jelenleg még kielégítő. (A társadalmi rendszer

szerepet játszik abban is, hogy országunkban nincsenek „igazi" kábítószerek. A jól megszervezett ellenőrzés nélkül nyilván a morfinisták száma is magasabb lenne. Vannak olyan kapitalista országok, ahol nem terem meg a kender, mégis beszerezhető a hasis.)

Fiataljaink közül néhányan aktív érdeklődést mutatnak a kábítószerek iránt, s hiányukban pótszerekkel próbálkoznak. E folyamat „halk" vagy „hangos" adminisztratív intézkedésekkel nem állítható meg. A megelőző és helyreállító tevékenységben az adminisztratív intézkedések, rendeletek aktív alkalmazása nélkül nem érhető el a kívánt eredmény. A drogokkal való visszaélés gyökerei oly szerteágazóak, hogy a visszaélés csak a társadalom összefogásával, következetes, szívós, nyílt munkával szüntethető, illetve előzhető meg.

A kábítószer-élvezetről tárgyalva gyakran hallunk olyan véleményeket, hogy a toxikománia nem szüntethető meg. Egyesek több éves hagyományokra hivatkoznak, vagy arra, hogy az alkoholisták — csaknem kivétel nélkül — akkor kerülnek kórházba, amikor pszichikai és fizikai függőség mellett már súlyos szervkárosodások is fennállnak (máj, szív, idegrendszer). Ilyenkor valóban rendkívül nehéz, sokszor nem is várható az eredményes gyógyítás. (Gondoljunk a szellemileg leépült alkoholistákra, akik nem is akarnak gyógyulni.) Hasonló a helyzet a drogfüggőség esetében is, hiszen ezt saját eseteink is igazolják.

Mi tehát a teendő? Megelőző munkával meg kell akadályozni a toxikománia kialakulását és terjedését. Sokszorta kedvezőbb helyzetben vagyunk, mint a fejlett kapitalista és a fejlődő országok. Helyzetünk nemcsak azért kedvező, mert Magyarországon nem hozzáférhető a kábítószer, hanem elsősorban azért, mert társadalmi rendszerünk minden tekintetben valamennyi állampolgárának biztosítani képes a kábítószerek, kábító hatású anyagok nélküli életet. Befejezésként idézzünk az „Állásfoglalásból".

„Társadalmunk mindig arra törekedett, hogy a következő generációk fejlődését kedvezően előmozdítsa, hogy az ifjúságtól távol tartsa azokat a hatásokat, melyek az emberré fejlődését károsítják. A szocialista társadalomtól idegen

minden olyan befolyás, mely céltalanságot, a tartástalanságot, a gátlástalan »élvezet-elvet« helyezi előtérbe, s melyen belül összetévesztik a szabadságjogot a szabadossággal...

Figyelmet kell fordítani arra is, hogy a kábító hatású szerek fogyasztásának problémáját semmiképpen nem lehet az ifjúság ellenére, sem helyette, csak vele egyetértésben megoldani.”

JEGYZETEK

1 *narkománia (toxikománia):* kábítószerek kóros, szenvedéllyé vált élvezete, mérgek, kábítószerek utáni kóros vágy
2 *landanum:* elmúlt idők dicsőítését kiváltó anyag
3 *Sydenham,* T.: angol idegorvos (1624—1689)
4 *Freud,* S.: osztrák idegorvos, filozófus (1856—1939)
5 *eufória:* fokozott, megokolatlan kellemes közérzet
6 *hallucinogén:* érzéki csalódást keltő anyag, szer
7 *Wasson,* R. G.: cit. Stille tanulmánya
8 *Hoffmann,* A. és mt.: Experientia (Basel) 16/1960. Helv. chim Acta 24/1959.
9 *Goodman* és *Gilman:* farmakológiai (gyógyszer) tankönyve London 1970.
10 *dózis:* meghatározott mennyiség, adag
11 *Laubenthal, F.:* Sucht és Missbrauch. Stuttgart 1964. Helv. chim. Acta 24/1959.
12 *individuum:* egyén, egyéniség
13 *epidémia:* járvány, fertőzés
14 *pszichofarmakológia:* gyógyszerkészítményeknek a lelki folyamatokra kifejtett hatását vizsgáló tudományág
15 *libidó:* szexuális vágy, kéjvágy
16 *regresszió:* visszafejlődés
17 *depresszió:* letört lelkiállapot, búskomorság
18 *Rado,* S.: Amer. J. Psychiat. 114/1957.
19 *reguláció:* szabályozottság
20 *orgazmus:* a kéjérzés legmagasabb foka
21 *Remmer,* H. és mt.: Klin. Wschr. 36/1956, 41/1963. Excerta medica, int. Congr. Sev. 1964.
22 *enzim:* bonyolult biokémiai összetételű, gyorsító, erjesztő hatású fehérje

23 *felezési idő:* a szer vérből való teljes kiürülési idejének fele
24 *Kielholz,* P.: Symposium der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. 30. okt. 1970. St. Gallen
25 *Pertorini, R.* és mt.: Személyiségzavarok. Medicina. 1972.
26 Dr. *Ozsváth* Károly: Orvosi Pszichológia Bp. 1974.
27 *deviáns:* társadalmi normáktól eltérő magatartás
28 *szocializáció:* társadalmi környezetbe való beilleszkedés, szabályok, normák betartása
29 *empátia:* érzelmi azonosulás, beleérző képesség
30 *frusztráció:* határozott célra, szükségletkielégítésre irányuló tevékenység végrehajtásának megakadályozása, teljesületlensége miatt előállott feszültség, kellemetlen, bénító élmény
31 *Wanke,* K. és mt.: Rehabilitation 23/1970. Beitrage zum Alkohol- und Drogenprobleme. 2/1973.
32 *Birdwood, G.:* (London) lásd 24 alatt
33 *Angst,* J.: Psychosom Med. 3/1971. Schweiz. med. Wschv. 100/1970.
34 *Spiel,* W.: Kriminalistik 11/1971.
35 *Parkan:* „parkinzon-kór" elleni gyógyszer
36 *delírium:* érzékcsalódásokkal járó átmeneti tudatzavar
37 *hipochonder:* képzelt beteg
38 *alkaloid:* növényi eredetű, nitrogéntartalmú, erős, fiziológiai hatású, gyakran mérgező vegyület
39 *Beyer,* I.: Toxikománia c. kézirata
40 *paranoia:* üldözési téboly, olyan elmebetegség, amely mellett a beteg szellemi működése logikus marad
41 *amfetamin:* élénkítésre, fogyókúrára használt gyógyszercsalád
42 *mikrogramm:* a gramm egymilliomod része
43 *barbiturát:* erősen savanyú jellegű szerves anyag (sav) származékai, gyógyszerek, altatók, idegcsillapítók
44 *Cohen,* J. és mt.: (Kalifornia) Bull. Stupef 25/1973.
45 *absztinens:* szeszes italoktól, kábítószerek élvezetétől tartózkodó, önmegtartóztató személy
46 *Kardos,* Gy.: Alkohológia I. (1970.)
47 *Juhász* P. tanulmánya
48 *Dobranovics,* I. Klinikai jegyzete
49 *degeneráció:* sejtek, egyes szervek rendellenes fejlődése, visszafejlődése
50 *depedens:* függő (pl. alkoholtól)
51 Dr. *Mátyás* Miklós: Igaz Szó 1981/17.

52 *pszichotróp:* pszichikumra ható anyag (pl. gyógyszer)
53 *Petrov* és *Karakasev* (bolgár) Budapesti Nemzetközi Büntetőjogi Kongresszus, 1974.
54 *Ahmedov* és *Vsevolodovics* (szovjet) lásd 53 alatt
55 *Mádi* L. Gyógyszerészet 1973/17.
56 *Gusztos* E. és a szerző tanulmánya
57 *Farkasinszky* T. és mt.: Alkohológia 1978/7.

AJÁNLOTT IRODALOM

1. *Andorka—Buda—Cseh—Szombati:* A deviáns viselkedés szociológiája. Gondolat, Bp. 1974.
2. *Faragó:* Alkohol, coffein, kábítószerek. Medicina, Bp. 1950.
3. *Kisszékelyi:* Toxikománia. Belügyi kiadó, Bp. 1974.
4. *Kulcsár:* Az ember és társadalmi környezete. Gondolat, Bp. 1969.
5. *Lerendel* és mt.: Az alkoholista beteg személyisége. Akadémia, Bp. 1962.
6. *Mérei* és mt.: Gyermeklélektan. Gondolat, Bp. 1975.
7. *Ozsváth:* Anyámasszony katonái. Zrínyi, Bp. 1982.
8. *Pertorini* és mt.: Személyiségzavarok. Medicina, Bp. 1972.
9. *Popper:* A minimális személyiségzavar kialakulása. Akadémia, Bp. 1970.
10. *Somogyvári:* Visszaélés a kábítószerekkel. Zrínyi, Bp. 1972.

TARTALOM

ELŐSZÓ 7

I. Fejezet

A KÁBÍTÓSZER TÖRTÉNETE 15

II. Fejezet

A TOXIKOMÁNIA ALAPFOGALMAI 22
1. Toxikománia (narkománia) — — — — 22
2. Megszokás, visszaélés, függőség, szenvedély — 25
3. Pszichoszociális epidémia — — — — — 29
4. A visszaélés és függőség gyógyszertani alapjai 31
5. Mélylélektani meggondolások — — — — 34
6. Elektrofiziológiai és biokémiai magyarázatok 36
7. Tanuláselméleti meggondolások — — — 39

III. Fejezet

A TOXIKOMÁNIA KIVÁLTÓ ÉS MOTIVÁLÓ TÉNYEZŐI 42
1. Általános megjegyzések — — — — — 42
2. Személyiség — — — — — — — — 44
3. Szociálpszichológiai hatások — — — — 55
4. Motívumok — — — — — — — — 63
5. Drogkarrier — — — — — — — — 68
6. Esetismertetések — — — — — — — 71

IV. Fejezet

KÁBÍTÓSZEREK, GYÓGYSZEREK, EGYÉB ANYAGOK 87
1. Ópium és ópiátok — — — — — — — 87
2. Kokain — — — — — — — — — 96
3. Amfetamin — — — — — — — — 100
4. Cannabis — — — — — — — — — 104
5. Hallucinogének — — — — — — — 108
6. Gyógyszerek — — — — — — — — 111
7. Pótszerek — — — — — — — — — 116
8. Nikotin (dohány) — — — — — — — 121

V. Fejezet

AZ ALKOHOLIZMUS 123
1. Az alkohol útja a szervezetben — — — — 125
2. Az alkoholizmus kialakulásával kapcsolatos vélemények — — — — — — — — 126
3. Heveny és idült alkoholos állapotok — — 130
4. Az alkoholizmus testi kísérő betegségei — 134
5. Alkoholos elmebetegségek — — — — — 136
6. A hazai alkoholfogyasztás és gazdasági kérdései 138
7. Az alkoholizmus kezelése — — — — — 142
8. Az alkoholizmus társadalmi vonatkozásai — 146
9. Alkohol a hadseregben — — — — — 150
10. Esetismertetések — — — — — — — 153

VI. Fejezet

A TOXIKOMÁNIA HELYZETÉNEK ALAKULÁSA AZ EGYES ORSZÁGOKBAN 159
1. Fejlett tőkés országok — — — — — 160
2. Szocialista országok — — — — — — 172
3. Magyarország — — — — — — — — 179

VII. Fejezet

JOGI SZABÁLYOZÁS, TÁRSADALMI MOTIVÁCIÓK 191
1. A nemzetközi és a hazai jogi szabályozás, egyezmények — — — — — — — — 191
2. Kábítószerek és a bűnözés — — — — — 194
3. Drogok és a közlekedés — — — — — 198

VIII. Fejezet

MEGELŐZÉS, KEZELÉS, REHABILITÁCIÓ 202
1. Megelőzés — — — — — — — — — 202
2. Gyógykezelés — — — — — — — — 203
3. Rehabilitáció — — — — — — — — 212

UTÓSZÓ 213

JEGYZETEK 217

AJÁNLOTT IRODALOM 220

ISBN 963 326 462 6
Zrínyi Nyomda — 82.1382/1
Zrínyi Katonai Könyv- és Lapkiadó
A kiadásért felel: Dr. Szabó Egon igazgató

Felelős vezető: Vágó Sándorné vezérigazgató
Budapest, 1982.
Felelős szerkesztő: Pusztay Sándor
Műszaki vezető: Jordán Gusztáv
Műszaki szerkesztő: Hámori Imre
Terjedelem: 11,2 A/5 ív
52.(676) Zi 759—h—8384

21,- Ft

EDDIG MEGJELENT KÖTETEK:

Magyar István: Az alkalmatlan katona

Tarján Imre: Pályakezdő fiatal tisztek

Daróczy Sándor—Pék András: A sorköteles fiatalok nevelésének főbb jellemzői

Ozsváth Károly: Érzelmi feszültségek a katonai szolgálatban

Bálint Sándor: A személyiség erkölcsi formálásának néhány kérdése a Magyar Néphadseregben

Kádár—Szöllösi—Vámos: Hol vannak veszélyek? Hogyan védekezzünk?

Kéménczy Iván: Tömegkatasztrófák pszichológiai hatásai

Sándor György: Tudatformálás a katonaélet mindennapjaiban

Maros István—Nádori László: A bevonuló fiatalok fizikai felkészültsége

Ozsváth Károly: Anyámasszony katonái